Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 27

Lever les fonds : options, conséquences et objectifs pour le financement des soins de santé au Canada

par

Robert G. Evans

Université de la Colombie-Britannique

octobre 2002

103-06744/

Nº de catalogue CP32-79/27-2002F-IN

ISBN 0-662-87721-7

Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants	**iv**
Sommaire	**v**
Les options de base et la prédominance du financement public	**1**
Sous l'ombrelle publique :tension continue au sujet de la formule	**3**
Les choix de financement dans un cadre financier élargi	**4**
Formes pures et hybrides de mécanismes de financement	**7**
« Primes » d'assurance-santé publique — aussi appelées taxes universelles	**7**
Subventions aux régimes privés d'assurance sous forme de dépense fiscale	**8**
Participation obligatoire — paiement privé en vertu d'une exigence publique	**11**
Intégration des frais d'utilisation à l'impôt sur le revenu	**12**
« Comptes d'épargne médicale » — la dernière trouvaille	**13**
Axes de conflit d'intérêts dans les choix en matière de financement	**14**
Qui paie (quelle part des coûts totaux des soins de santé)?	**17**
Qui reçoit (quel niveau de soins, de qui et quand)?	**27**
Qui est rémunéré (combien, pour faire quoi)?	**34**
La triple menace : les comptes d'épargne médicale	**38**
Quels sont les objectifs d'une restructuration des sources de financement?	**40**
Notes	**49**
Bibliographie	**53**

Points saillants

1. Tous les systèmes modernes de soins de santé sont principalement financés par des fonds publics — généralement au moyen de la fiscalité, avec diverses formules de frais d'utilisation et (dans certains pays) l'assurance privée pour le reste. La part du financement qui provient des ressources publiques varie entre 60 et 90 p. 100 et, dans la plupart des cas entre 75 et 85 p. 100; le Canada se situe au bas de cette échelle.

2. La composition des sources de financement englobe les réponses à trois questions fondamentales :
   Qui paie (quelle part du coût total)?
   Qui reçoit (quels soins de santé, à quelles conditions et quand)?
   Qui est rémunéré (combien et pour quels services)?

3. *Qui paie?* Le financement par voie fiscale permet de répartir les coûts selon les obligations fiscales — qui sont à peu près proportionnelles au revenu. Les frais d'utilisation permettent de répartir les coûts selon l'utilisation des soins, qui a une corrélation étroite avec la maladie. Tout déplacement du financement des sources publiques vers les sources privées, par quelque moyen que ce soit, entraînera forcément un transfert de coûts des personnes à revenu plus élevé vers celles à faible revenu, ainsi que des personnes en santé vers les malades.

4. *Qui reçoit?* Le recours aux modes de paiement privés ne décourage pas de façon sélective l'utilisation inappropriée des soins. Mais il décourage de façon sélective les personnes à faible revenu, ce qui améliore l'accès aux services de santé pour les personnes à revenu plus élevé.

5. *Qui est rémunéré?* Les gouvernements sont mieux en mesure que les payeurs privés de limiter les coûts. Mais toute dépense correspond, par définition, au revenu de quelqu'un. Les modes de paiement privés ouvrent d'importantes perspectives de revenu sans pour autant engendrer plus de soins ni un meilleur état de santé.

6. Les dépenses publiques consacrées à l'assurance-santé n'absorbent pas une part croissante du revenu national ou des recettes publiques. Bien au contraire, la part de ces dépenses a diminué au cours des dernières années. Les affirmations selon lesquelles le Canada *doit* accroître le financement provenant de sources privées parce qu'il n'y a plus de ressources publiques disponibles sont simplement erronées — présentant un choix politique comme une réalité économique incontournable.

7. Les modes de paiement privés pourraient engendrer des ressources financières additionnelles, mais le fardeau serait fortement concentré parmi un faible pourcentage de la population — les personnes âgées, les malades chroniques et les personnes à faible revenu. Mais en accordant des exemptions à ces groupes, on réduirait considérablement le potentiel de recettes.

8. Le fait de transférer une partie des coûts des personnes mieux nanties et en santé vers les personnes moins nanties et en mauvaise santé améliorerait l'accès uniquement pour les personnes riches et celles qui ont une mauvaise santé, mais ne favoriserait pas des soins de santé plus efficients et efficaces. Cet objectif nécessite une réforme des modes d'organisation et de financement des prestateurs de soins.

Sommaire

Tous les systèmes modernes de soins de santé sont principalement financés par des recettes publiques, auxquelles viennent s'ajouter des sources privées. La plupart reposent sur la fiscalité générale; quelques-uns comportent un régime public d'« assurance sociale ». Le financement privé provient principalement des paiements faits directement par les utilisateurs; certains pays possèdent également des régimes d'assurance privée pour les mieux nantis. La part du financement public varie entre 60 p. 100 et plus de 90 p. 100, mais la plupart des pays se situent dans l'intervalle de 75 à 85 p. 100. Au Canada, la part du financement public atteint 72,6 p. 100 (en 2001); les subventions au marché de l'assurance privée sous forme de dépense fiscale haussent la proportion autour de 75 p. 100.

Même si la part du financement public au Canada est relativement peu élevée, le débat « public-privé » a principalement porté sur la façon de hausser la part des sources de financement privées. La présente étude décrit donc plusieurs formules proposées à cette fin, en évaluant leur potentiel de création de recettes et leur incidence sur la répartition des coûts des soins de santé et sur l'accès aux soins. Elle ne traite pas d'une hausse possible de la part du financement provenant des ressources publiques, par exemple un programme national d'assurance-médicaments financé à même les impôts, bien que les conclusions de l'étude aient des conséquences évidentes pour ces propositions.

Le choix des mécanismes de financement ne représente que le premier volet du débat « public-privé »; l'autre volet a trait à la propriété, aux motivations et au financement des organismes prestateurs. Un cadre de comptabilité dérivé des Comptes du revenu national illustre la distinction qui existe entre les choix en matière de *financement :* Quels organismes devraient avoir le droit d'offrir quels services et être rémunérés pour ce faire? — et les choix concernant la composition du *financement :* Comment les recettes devraient-elles être perçues, auprès de qui et par quelles organisations? En principe, ces choix sont indépendants; en pratique, les choix entre les modes publics et privés pour l'organisation de la prestation des soins influent sur la composition du financement.

Le débat sur les diverses sources de financement tourne essentiellement autour de trois questions fondamentales :

Qui paie (quelle part du coût total)?
Qui reçoit (quels soins de santé, à quelles conditions et quand)?
Qui est rémunéré (combien et pour quels services)?

Qui paie? Le financement par voie fiscale permet de répartir les coûts selon les obligations fiscales — qui sont à peu près proportionnelles au revenu. Les frais d'utilisation permettent de répartir les coûts selon l'utilisation des soins, qui a une corrélation étroite avec la maladie. Tout déplacement du financement des sources publiques vers les sources privées, par quelque moyen que ce soit, entraînera forcément un transfert de coûts des personnes à revenu plus élevé vers celles à faible revenu, ainsi que des personnes en santé vers les malades. Divers modèles de financement « hybrides » ont été proposés pour atténuer (ou dissimuler) ce transfert — par exemple, un impôt sur les avantages individuels ou des « comptes d'épargne médicale ». Mais, par rapport au financement par voie fiscale, ils ont tous la même incidence redistributive.

Ils déplacent des ressources des personnes en mauvaise santé et moins nanties vers les personnes riches et en santé, les plus grands avantages profitant aux personnes très riches.

Qui reçoit? Selon les arguments économiques habituels, il y a sur-prestation de soins de santé assurés, et des frais d'utilisation permettraient de réduire la consommation globale de ces soins. Toutefois, le critère de « sur-utilisation » ne repose pas sur la nature appropriée des soins, mais sur la capacité/volonté de payer des utilisateurs. La prestation efficace de soins à ceux qui n'en ont pas les moyens est considérée comme une « sur-utilisation ». Une opinion plus largement répandue est que les soins sont « sous-financés » — des besoins importants ne sont pas satisfaits — tandis que des ressources sont affectées à des soins non appropriés. Malheureusement, les données indiquent très clairement que les modes de paiement privés ne découragent pas de façon sélective l'utilisation non appropriée des soins. Plutôt, ils découragent de façon sélective l'utilisation des soins par les personnes à faible revenu, tout en améliorant l'accès (approprié ou non) pour les personnes qui sont davantage en mesure de payer.

Qui est rémunéré? Les gouvernements sont mieux en mesure de limiter les coûts que les payeurs privés. Ils ont des frais généraux administratifs beaucoup moins élevés que les assureurs privés et, en tant qu'acheteurs uniques, ils sont mieux placés pour négocier les prix et les honoraires et limiter la capacité excédentaire. Mais toute dépense est, par définition comptable, le revenu de quelqu'un — contrôler les coûts revient donc à contrôler les revenus. Les systèmes de paiement à sources multiples offrent de meilleures perspectives de revenu, mais non nécessairement un plus grand volume de soins et certes pas un meilleur état de santé.

Certains affirment que le Canada *doit* accroître la part du financement provenant de sources privées, nonobstant ses effets redistributifs parce que les besoins augmentent et que, pour diverses raisons, on ne peut y affecter plus de ressources publiques. Ces affirmations sont fausses. Elles présentent un choix politique comme une nécessité économique. Les dépenses publiques consacrées à l'assurance-santé n'absorbent pas une part croissante du revenu national ou des recettes publiques. Bien au contraire, la part de ces dépenses a diminué au cours des dernières années. Les gouvernements provinciaux insistent, avec raison, sur la part croissante des *dépenses* provinciales allant aux soins de santé, mais ils omettent de mentionner qu'elles représentent une part stable ou décroissante des *recettes* provinciales. Aujourd'hui, la gestion des dépenses de santé demeure une priorité absolue pour tous les gouvernements, mais le régime public n'excède pas la capacité budgétaire des gouvernements au Canada. La véritable « explosion des coûts » se situe au niveau des médicaments d'ordonnance, dont environ la moitié sont financés par des sources privées.

L'imposition de frais d'utilisation, sous forme de franchise ou de coassurance, dans le cadre du régime d'assurance-santé permettrait de recueillir des sommes importantes, qui pourraient atteindre entre 5 et 10 milliards de dollars annuellement. Mais les perspectives de recettes sont toutefois limitées par le fait que la consommation de soins est fortement concentrée parmi un faible pourcentage de la population — avec une représentation disproportionnée de personnes âgées, de malades chroniques et de personnes ayant un revenu inférieur à la moyenne. Jusqu'où les gouvernements sont-ils prêts à aller pour imposer un lourd fardeau à ce groupe de gros utilisateurs pour éviter d'y consacrer plus de recettes fiscales? (Des frais modiques n'engendreraient que des recettes limitées.)

L'assurance privée offre une solution limitée en vue d'atténuer ces problèmes; la population à risque élevé est facilement identifiable. Ces personnes ne sont pas assurables en l'absence d'une forte subvention publique — ce qui jouerait à l'encontre de l'objectif d'accroître les recettes perçues. À l'heure actuelle, environ le tiers du financement provenant de l'assurance privée consiste, en fait, en une subvention publique sous forme de dépense fiscale. (Cette subvention, qui n'apparaît pas dans les comptes publics, offre les avantages les plus substantiels aux personnes à revenu élevé.)

Le déplacement de la structure de financement du secteur public vers le secteur privé, peu importe le mécanisme employé, entraînera un transfert de coûts des personnes riches et en santé aux personnes moins nanties et en mauvaise santé, tout en améliorant l'accès uniquement pour les personnes riches et en mauvaise santé. Mais si un transfert de revenu de la partie inférieure à la partie supérieure de l'échelle des revenus est un objectif public prioritaire, celui-ci pourrait être atteint avec beaucoup moins de « dommages collatéraux » en abaissant simplement l'impôt sur le revenu et en relevant les « primes » d'assurance-santé — qui sont en réalité des taxes universelles. Les gouvernements de l'Alberta et de la Colombie-Britannique ont emprunté cette voie. Ce n'est que si l'on juge important d'améliorer l'accès relatif pour les personnes les mieux en mesure de payer qu'il faudra aussi modifier la structure de financement pour faire une plus large place aux sources privées.

Toutefois, ces déplacements au niveau des coûts et de l'accès ne mèneront pas à un système de soins de santé plus efficient et efficace. La poursuite de cet objectif exige une réforme du système de prestation et de la façon dont sont organisés et financés les prestateurs, et non une simple redistribution des fardeaux et des avantages du système actuel.

Les options de base et la prédominance du financement public

Dans les systèmes de soins de santé modernes, les gens paient pour les soins dispensés aux autres et non pour ceux qu'ils reçoivent. Une part relativement restreinte des dépenses totales de santé est financée par les montants que déboursent les utilisateurs pour les soins qu'ils obtiennent. Plutôt, les gens versent des cotisations (de montants et à des conditions variables) à des « tierces parties » — des organismes publics ou privés qui mettent en commun ces cotisations et paient les prestateurs de soins.

Ainsi, au Canada, les déboursés directs des utilisateurs atteignaient 14,2 milliards de dollars, soit 15,9 p. 100 seulement des 89,5 milliards de dollars dépensés en soins de santé en 1999 (ICIS, 2001, p. 18, 77). (Ce qui comprend les transactions réglées directement, comme l'achat de médicaments en vente libre (sans ordonnance) et les diverses formes de frais imposés aux usagers par des tierces parties publiques ou privées, comme les franchises et les coassurances.) Aux États-Unis, pays habituellement considéré comme le principal exemple de système « privé » de soins médicaux, le pourcentage correspondant était légèrement inférieur à 15,0 p. 100 en 2000 (Levit et coll., 2002) — ce qui est presque identique à celui du système « socialisé » du Canada. (Certes, cette part est beaucoup plus élevée en termes monétaires, parce que le système de soins de santé américain est beaucoup plus coûteux.) Le point a une portée générale : la figure 1 montre le ratio des déboursés directs aux dépenses totales en soins de santé dans divers pays de l'OCDE[1]. Dans l'ensemble, les mécanismes de financement collectifs recueillent la part du lion des recettes servant à financer la prestation des soins de santé.

FIGURE 1 : Part des dépenses totales de santé payée directement par les particuliers, certains pays de l'OCDE, 1998

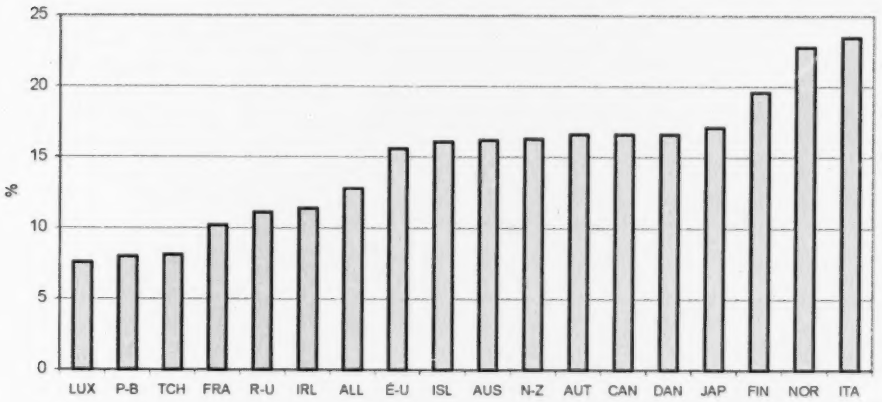
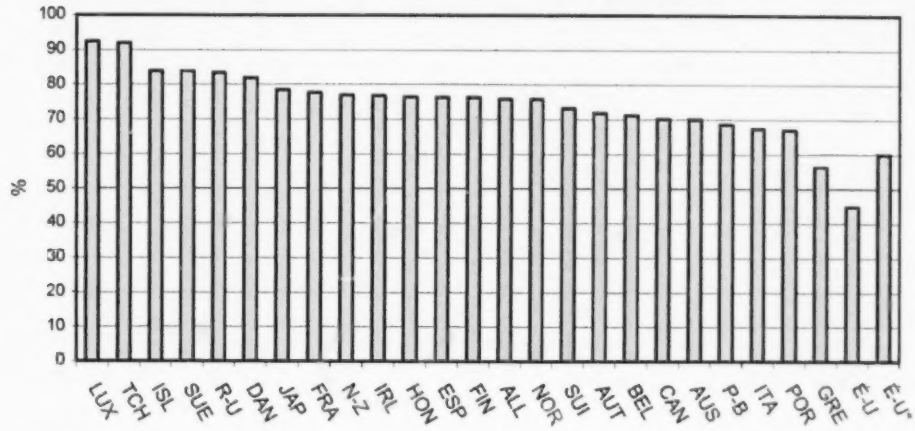


FIGURE 2 : Part des dépenses totales de santé payée par le secteur public, certains pays de l'OCDE, 1998



Comme il ressort de la figure 2, dans les économies de marché développées, ces mécanismes de financement collectifs sont avant tout publics — des organismes gouvernementaux ou des organismes semi-autonomes d'« assurance sociale ». (En fait, le Canada se retrouve dans la partie inférieure de cette gamme, contrairement à l'impression répandue que les régimes européens recourent davantage au financement privé.) Ces derniers sont des institutions « para-publiques » à vocation spécifique qui assurent le financement des soins de santé et, parfois, d'autres prestations sociales; les premiers ne font que rembourser les prestateurs de soins de santé à même les recettes fiscales générales, habituellement sous la tutelle d'un ministère.

Par ailleurs, l'assurance privée joue un rôle modeste dans le financement des soins de santé hors des États-Unis et seuls quelques pays de l'OCDE affichent une part des dépenses de santé financées de sources privées supérieure à 10 p. 100. Avec un ratio de 11 p. 100 en 1999 (ICIS, 2001), le Canada se situe dans ce groupe de pays.

Sous l'ombrelle publique : tension continue au sujet de la formule

Ces quatre canaux — la fiscalité générale, l'assurance sociale, les déboursés directs et l'assurance privée englobent les diverses options de financement des systèmes modernes de soins de santé. (En principe, les deux derniers constituent des transactions volontaires effectuées sur le « marché privé », mais en pratique ce n'est généralement pas le cas; voir ci-dessous.) Et malgré le caractère universel de la prédominance du financement public (fiscalité générale ou, dans une minorité de cas, régime d'assurance sociale) dans les pays industrialisés à haut revenu[2], les parts respectives de ces diverses sources varient d'un pays à l'autre (OCDE, 2001; voir aussi Wagstaff et coll., 1999).

En outre, dans la plupart des pays et certainement au Canada, la répartition appropriée entre ces sources de financement semble donner lieu à un différend plus ou moins permanent. Le débat concernant les frais d'utilisation, sous les diverses formes proposées, dans le cadre du système public de rémunération des médecins et des hôpitaux remonte plus loin que la création de l'assurance-santé — marqué par des pointes et des creux qui coïncident avec les cycles budgétaires. Par ailleurs, les médicaments d'ordonnance, dont la part des dépenses totales de santé augmente rapidement — 12 p. 100 en 2001, contre 8,2 p. 100 en 1991 et 6,4 p. 100 en 1981 (ICIS, 2001) — sont principalement à la charge des sources privées (du moins en apparence, mais voir ci-après). Cela soulève la question évidente de savoir pourquoi ce volet essentiel de la pratique médicale moderne a été laissé en marge du système public universel.

Le débat public concernant la composition des mécanismes de financement fait habituellement intervenir des arguments concurrents sur les avantages généraux de l'adoption d'une formule ou d'une autre, ou du déplacement de cette composition dans une direction ou l'autre. Mais tout argument invoquant un avantage de portée universelle est forcément erroné. Dans tout système, une modification de la composition des sources de financement sera bénéfique à certains mais désavantageuse pour d'autres[3]. Le choix d'une formule doit passer par un arbitrage des avantages et des inconvénients, où les intérêts de groupes différents reçoivent une pondération différente. La persistance même de cette controverse devrait nous sensibiliser au fait qu'elle découle du conflit permanent entre les intérêts en place, et non simplement de l'incapacité de trouver la bonne « formule » pour chacun. En ce sens, le choix des mécanismes de financement est une question de valeurs plutôt qu'une question d'ordre technique.

Mais l'aspect technique revêt beaucoup d'importance parce que les participants au débat sur le financement font régulièrement valoir des arguments au sujet des conséquences des divers mécanismes. La validité de ces arguments *est* une question d'ordre technique : Les arguments reposent-ils sur (ou sont-ils incompatibles avec) des faits connus, les résultats d'études et d'analyses, ou même la simple logique? Ces arguments au sujet des conséquences font-ils habituellement intervenir des aspects du système de soins de santé allant bien au-delà de la structure de financement pour toucher aux effets présumés sur le volume, la composition et la répartition des services, leur caractère adéquat ou encore l'efficience de leur production. Afin d'évaluer ces arguments et, partant, les effets probables des divers mécanismes de financement, il est utile non seulement de décrire ces mécanismes mais aussi de les situer dans une structure comptable logiquement cohérente qui permet de retracer les flux financiers au sein du système de soins de santé.

Les choix de financement dans un cadre financier élargi

À la figure 3, les quatre canaux permettant de réunir les sources de financement ont été inscrits dans un cadre adapté de la relation d'identité qui sous-tend la comptabilité du revenu national[4]. Il y a une identité comptable fondamentale fondée sur le fait que, pour l'ensemble de l'économie, le total des revenus gagnés doit être exactement égal au total des dépenses (allant à la demande finale); chaque dollar de dépense est simultanément et toujours un dollar de revenu pour quelqu'un. Dans le secteur des soins de santé, cette identité englobe un troisième terme, les recettes totales. Les recettes recueillies de toutes sources pour financer les soins de santé doivent être exactement égales aux dépenses consacrées à la rémunération des prestateurs de soins, lesquelles doivent être égales au total des revenus gagnés par les personnes participant à la prestation des soins :

Recettes totales = dépenses totales = revenus totaux

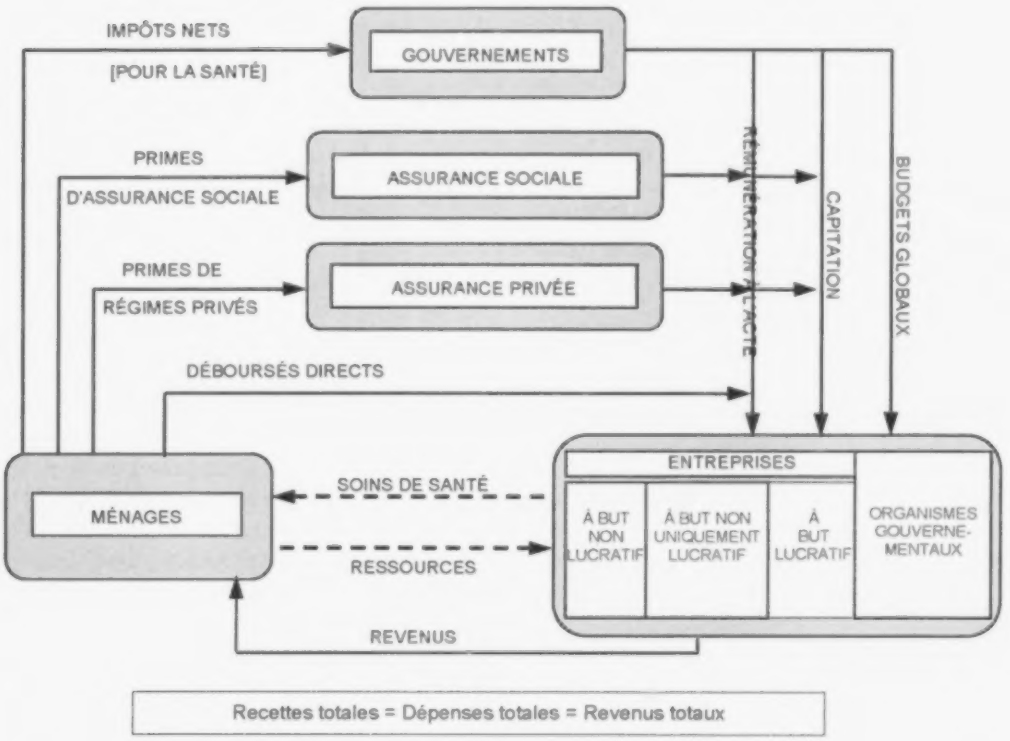
C'est là une « loi d'airain », une nécessité logique, qui ne peut être violée que par une erreur d'arithmétique. Tout changement dans l'un des termes doit être compensé par des changements correspondants dans les deux autres termes. En comptabilité comme en écologie, « il est impossible de faire une seule chose ».

La boîte située dans la partie inférieure gauche de la figure 3 représente toutes les personnes évoluant dans le système. Ces personnes fournissent les ressources productives — la main-d'œuvre et les compétences, les matières premières, diverses formes de services de capital, la gestion et l'« entrepreneuriat » — aux institutions, soit les hôpitaux, les cliniques médicales, les sociétés pharmaceutiques, etc. (les « entreprises ») — qui produisent les biens et services liés aux soins de santé. Comme patients, ces personnes « consomment » ensuite les soins. Elles sont rémunérées pour les ressources qu'elles fournissent, sous forme de salaires, traitements, revenu net tiré d'une pratique professionnelle, loyers, intérêts et dividendes... toutes les formes de revenu que les gens retirent d'une activité économique.

La figure 3 montre aussi clairement la distinction entre deux éléments qui prêtent souvent à confusion dans le débat « public-privé » — le financement privé et la prestation privée. Le premier a trait à la façon dont les recettes sont perçues; le second a trait à la propriété et à la motivation des organismes financés à même ces recettes. Logiquement, ces aspects sont assez distincts : un prestateur dont la propriété et l'exploitation relèvent du secteur public pourrait recevoir une partie de sa rémunération sous forme de frais d'utilisation — comme on le fait en Suède — tandis qu'un organisme payeur du secteur public pourrait assurer le remboursement intégral des services fournis par les prestateurs privés à but lucratif, comme semble l'avoir proposé le gouvernement de l'Alberta dans son Projet de loi 11 en 2000.

En pratique, toutefois, il n'est pas aussi facile de faire la distinction entre ces deux questions. Comme il ressort de la figure 3, le choix d'un mécanisme de financement peut limiter le choix des options de financement. Les gouvernements qui assument le rôle de « payeur unique » pourraient opter (sous réserve de l'acceptation du public) de rembourser ces frais selon la formule du budget global (mode de financement des hôpitaux au Canada), de la capitation (montant précis par période pour chaque patient soigné, comme sont rémunérés (principalement)

FIGURE 3 : Différents modes de paiement des soins de santé



les médecins généralistes en Grande-Bretagne), du paiement par cas traité (mode de rémunération des hôpitaux aux États-Unis en vertu du programme « Medicare » pour les personnes âgées) ou de la rémunération à l'acte (mode de rémunération des médecins au Canada). Les paiements individuels, par contre, ne peuvent être versés que dans le cadre d'une formule de rémunération à l'acte ou au service. Les assureurs privés ont historiquement versé des paiements à l'acte. Aux États-Unis, de nombreux assureurs se sont transformés en organisations de « gestion des soins », versant une rémunération par cas traité ou selon une formule de capitation. Cependant, il n'est pas encore clair que ces options de financement sont viables (et à quel coût) dans un régime à payeurs multiples.

La nature des organismes prestateurs a aussi tendance à influer sur la composition des sources de financement. Les catégories « privé » et « public » sont souvent traitées dans les discussions comme si elles étaient uniformes, mais cela engendre une confusion sérieuse et potentiellement dangereuse[5]. Il y a tout un monde de différence entre une pratique médicale privée et Hospital Corporation of America. Même si les deux sont hautement intéressées par les recettes nettes tirées de leurs activités, seule la seconde a des comptes à rendre à des actionnaires anonymes, pour qui la valeur des actions est directement liée au taux de croissance des gains.

Un professionnel en pratique privée peut juger qu'il touche un revenu adéquat et mettre l'accent uniquement sur des objectifs professionnels. Les marchés de capitaux n'accordent pas cette latitude aux sociétés dont les titres se transigent sur la place publique. Si le taux de croissance des gains ralentit, le prix des actions chute et les gestionnaires en subissent habituellement le contrecoup.

Les réalités des marchés de capitaux engendrent donc un conflit fondamental entre les objectifs publics et les impératifs privés. Le « contrôle des coûts », essentiel au maintien d'un système public de soins de santé efficient et efficace, ne peut être concilié avec les exigences de croissance imposées par les marchés de capitaux. Ces pressions sont à l'origine des efforts continus des entreprises à but lucratif en vue d'influer sur les décisions médicales dans le sens d'un accroissement incessant des dépenses[6]. Mais elles suscitent aussi des efforts en vue d'exploiter de nouvelles sources de recettes du côté des fonds privés en offrant des services à « valeur ajoutée » en sus de ceux remboursés par les organismes publics — une approche que l'on pourrait qualifier moins poliment d'« appât publicitaire ». La pratique des cliniques ophtalmologiques de Calgary qui vendent des « groupes de services améliorés » comprenant des lentilles implantables souples pour les patients atteints de cataractes, à des marges bénéficiaires impressionnantes, entre dans cette catégorie (Armstrong, 2000)[7].

Formes pures et hybrides de mécanismes de financement

La figure 3 fait voir les quatre canaux sous leur forme pure, c'est-à-dire nettement distincts les uns des autres. De fait, dans la plupart des systèmes, la plus grande partie des recettes est perçue de l'une de ces façons. Mais il y a aussi des mécanismes de perception des recettes, dont certains ne sont qu'au stade de la proposition tandis que d'autres sont déjà intégrés à certains systèmes, représentant des versions hybrides de deux ou plusieurs de ces formes pures (Evans, 2000; 2002a). Ces solutions sont habituellement préconisées pour contrer les désavantages les plus évidents des mécanismes de financement privés et, ainsi, réduire l'opposition politique à un élargissement de leur portée.

« Primes » d'assurance-santé publique — aussi appelées taxes universelles

Généralement, les effets nets de ces mécanismes hybrides ne sont pas immédiatement apparents, à tout le moins pour le grand public, bien qu'une analyse permette de les préciser. Une source encore plus élémentaire de confusion provient toutefois des erreurs de désignation des sources de recettes. Les « primes de soins de santé » perçues par les gouvernements de l'Alberta et de la Colombie-Britannique pour couvrir le coût des services des médecins et (en Alberta uniquement) des soins hospitaliers fournissent un bon exemple à cet égard. L'expression évoque une forme quelconque d'« assurance », sociale sinon privée. Mais il s'agit d'une fausse impression.

- Ces primes sont obligatoires; elles sont versées directement au trésor provincial.
- Les primes perçues auprès d'un particulier ou d'un ménage n'ont aucun lien avec le risque que présente le payeur; le montant total perçu n'a pas nécessairement de rapport avec les déboursés faits dans le cadre des programmes.
- La protection peut-être la plus importante (ce que le public ignore essentiellement) ne dépend *pas* du fait qu'une personne a versé des primes. Pour être admissible aux paiements de transfert fédéraux, les provinces doivent assurer la totalité de leur population (sauf certaines catégories spéciales).

En conséquence, tous les analystes des systèmes de soins de santé adoptent les méthodes des spécialistes de la comptabilité et du revenu national et traitent ces « primes » comme une forme d'impôt — de fait, une taxe universelle. Le niveau et même l'existence d'une telle taxe universelle relèvent de la politique fiscale générale et de l'incidence de la fiscalité — elle n'existe pas à l'heure actuelle dans les huit autres provinces canadiennes — et n'a aucun rapport avec le système de soins de santé comme tel.

Subventions aux régimes privés d'assurance sous forme de dépense fiscale

Les sources de recettes hybrides sont toutefois plus intéressantes et sensiblement moins transparentes. La forme la plus communément employée est la subvention sous forme de dépense fiscale, qui combine l'imposition à l'assurance privée en accordant un traitement fiscal préférentiel aux primes versées dans le cadre de régimes privés d'assurance. Ainsi, au Canada, un employeur qui verse des primes dans le cadre d'un régime privé d'assurance des soins de santé pour ses employés peut déduire le coût de ces primes de son revenu imposable comme dépense d'exploitation. Mais ces primes ne sont pas imposables pour les employés. Un montant équivalent versé aux employés en salaire serait bien sûr considéré comme un revenu imposable[8]. (Les « primes » d'un régime public d'assurance-santé versées par l'employeur sont, par contre, pleinement imposables entre les mains de l'employé.)

L'effet fiscal est le même que si les gens ayant un régime d'assurance privé versaient les primes à même leur revenu après impôt, comme pour tout autre bien vendu sur le marché, et recevaient ensuite une remise des gouvernements fédéral et provincial. Cette remise serait évidemment financée à même les autres recettes fiscales, mais les montants correspondants figureraient dans les comptes publics et l'identité des bénéficiaires serait connue du public. Les subventions sous forme de dépense fiscale, qui allègent le fardeau fiscal de certaines personnes, supposent aussi que d'autres impôts compensent la perte correspondante de recettes. Mais le processus n'est pas transparent, les montants en cause n'apparaissent pas dans les comptes publics et les bénéficiaires ne sont jamais identifiés.

Smythe (2001) estime le coût de cette subvention pour le gouvernement fédéral et les provinces au Canada à 2,28 milliards de dollars en 1994[9]. La subvention représentait, cette année-là, 3,1 p. 100 des dépenses totales en soins de santé, soit 73,1 milliards de dollars (ICIS, 2001, p. 77) et environ 30 p. 100 des dépenses totales des assureurs privés en soins de santé[10]. Sheils et Hogan (1999) observent un ratio à peu près équivalent aux États-Unis; de fait, un peu plus du tiers des paiements au titre de l'assurance privée font l'objet d'une « remise » grâce à la subvention gouvernementale. Leur estimation du coût total de la subvention pour les gouvernements aux États-Unis atteint 124,8 milliards de dollars en 1998, soit environ 10,9 p. 100 des dépenses totales de santé cette année-là (1 149,8 milliards de dollars).

Là où les régimes privés d'assurance bénéficient d'une telle subvention, la proportion des soins de santé financée par cette source se trouve en réalité partiellement financée par l'État. L'assurance privée joue un rôle beaucoup plus grand dans le financement des soins de santé aux États-Unis qu'au Canada; les données officielles indiquent que 34,2 p. 100 de l'ensemble des dépenses de santé a passé par cette voie en 2000. Mais en tenant compte de la subvention publique, la part diminue à moins de 25 p. 100. En procédant de cette façon et en apportant certains rajustements pour d'autres particularités comptables, la part des dépenses de santé aux États-Unis assumée par le secteur privé diminue aux environs de 40 p. 100 (Fox et Fronstin, 2000; Woolhandler et Himmelstein, 2002). De là le rajustement apporté dans la colonne des États-Unis, à la figure 2.

Les subventions sous forme de dépense fiscale remontent aussi loin en arrière que les régimes privés d'assurance en Amérique du Nord et elles semblent solidement enracinées dans notre structure de financement. En 1981, le ministre fédéral des Finances, Allan MacEachen, avait tenté de supprimer cette subvention et d'imposer cette prestation sociale au même titre que les autres. Mais il s'est buté à une forte opposition politique et a retiré sa proposition. La situation est plus variée dans les autres pays; certains accordent cette subvention tandis que d'autres ne le font pas, et il y a des exemples où elle a été accordée pour ensuite être supprimée, comme au Québec en 1993. Cependant, les groupes d'intérêts concernés par une telle subvention sont moins nombreux dans la plupart des autres pays parce que l'assurance privée y est moins développée.

La subvention publique accordée aux régimes privés d'assurance a trois grands effets.

Premièrement, elle élargit le marché de l'assurance privée et la protection offerte par ce dernier. Les dépenses médicales assumées directement sont payées avec le revenu après impôt; celles qui sont réglées par les régimes privés d'assurance sont payées à même le revenu avant impôt. Mis à part les avantages découlant de l'étalement du risque, le remboursement par un régime d'assurance coûte en réalité plus cher que le paiement direct (« auto-assurance ») en raison des frais généraux administratifs qu'il comporte. La subvention publique inverse ce désavantage[11]. En l'absence de subvention, le niveau de protection offert par les régimes privés d'assurance et la part des coûts des soins de santé payée par ce mécanisme diminueraient certainement (bien qu'il soit difficile de dire dans quelle proportion)[12].

Deuxièmement, lorsque la subvention n'est accordée que pour les primes payées par l'employeur, elle contribue à la domination presque complète du marché de l'assurance privée par les contrats d'assurance-groupe. Elle vient donc renforcer la dynamique naturelle des marchés privés de l'assurance-soins de santé, où l'information asymétrique et l'antisélection limitent sérieusement la portée des contrats individuels[13]. Les assureurs privés ont découvert très tôt — il y a au moins une cinquantaine d'années — que les personnes qui veulent acheter une protection ont tendance à présenter des risques plus élevés que la moyenne (« antisélection ») et qu'il était difficile voire impossible pour les assureurs d'être aussi bien renseignés au sujet de ces risques — concernant la santé actuelle et future — que les personnes elles-mêmes (information asymétrique). En passant des contrats avec des groupes d'employés, auxquels la participation individuelle n'est pas facultative mais obligatoire, les assureurs pouvaient sélectionner une population présentant des risques relativement peu élevés. Ainsi, là où existent des régimes privés d'assurance, ceux-ci couvrent un pourcentage sensiblement moins élevé des dépenses de santé que pour l'ensemble de la population.

Le fait que la plupart des contrats privés d'assurance en Amérique du Nord soient achetés par des employeurs pour être offerts aux travailleurs sous forme de prestation d'emploi explique pourquoi on croit généralement que les employeurs défraient la protection dont bénéficient leurs employés. Cependant, la plupart des économistes affirment que ce sont les travailleurs qui, en réalité, paient collectivement pour cette protection sous forme de salaires qu'ils ne touchent pas. Ainsi, les fonds mis en commun par le mécanisme de l'assurance privée, après déduction de la subvention sous forme de dépense fiscale, proviendront des revenus salariaux. Le montant versé par les membres d'un groupe d'employés dépendra du risque que présente ce groupe mais,

au sein du groupe, la répartition du fardeau dépendra du résultat du processus de négociation salariale.

Un troisième aspect très important, mais peu évident, de la subvention sous forme de dépense fiscale est son effet hautement régressif. La valeur d'une exemption fiscale pour une personne dépend de son taux marginal d'imposition. L'exemption d'un avantage défrayé par l'employeur dont le coût est de 1 000 dollars vaut 500 dollars pour une personne qui se trouve dans la tranche marginale d'imposition de 50 p. 100, 250 dollars pour une autre personne se trouvant dans la tranche marginale d'imposition de 25 p. 100, mais rien pour une personne dont le revenu est trop faible pour être assujetti à l'impôt sur le revenu. Cet effet régressif est accentué par le fait que la portée de la protection privée augmente avec le revenu.

Une autre subvention sous forme de dépense fiscale est évidemment offerte pour les frais médicaux payés directement lorsque ceux-ci peuvent être appliqués en réduction de l'impôt sur le revenu à payer. Mais cet avantage, à tout le moins au Canada, est beaucoup moins important. Seules les dépenses en sus de 3 p. 100 du revenu imposable donnent lieu au crédit d'impôt fédéral — il ne s'agit pas d'une exemption — et le montant du crédit est fondé sur le taux de la tranche d'imposition la moins élevée (16 p. 100 en 2001). Selon la province de résidence, cela représente globalement un crédit d'environ 25 p. 100. Par contre, les primes payées par l'employeur sont entièrement exemptées de l'impôt et la valeur de l'exemption augmente parallèlement au taux d'imposition marginal du contribuable. Pour une personne se trouvant dans la tranche d'imposition la plus élevée, la valeur de la subvention provenant du gouvernement fédéral serait de 29 p. 100 des primes totales en 2001, tandis que la contribution de la province (sauf au Québec) porterait celle-ci à environ 50 p. 100[14].

Participation obligatoire — Paiement privé en vertu d'une exigence publique

La subvention sous forme de dépense fiscale comporte une incitation financière à acquérir de l'assurance privée; les pouvoirs publics peuvent par contre obliger les gens à le faire (*mandation*). Cette formule a été recommandée à l'occasion aux États-Unis en vue d'assurer une protection universelle hors d'un régime public (Pauly et coll., 1991); plus récemment, elle a été adoptée au Québec pour étendre la protection de l'assurance-médicaments privée (Morgan, 1998). Essentiellement, il s'agit d'une forme de fiscalité (des paiements imposés par la loi) dont les recettes sont canalisées directement vers les assureurs privés et demeurent ainsi « hors budget » pour les gouvernements.

La protection et le prix de l'assurance obligatoire exigent néanmoins une réglementation publique détaillée du contenu des contrats « privés », afin de contrer les forces naturelles des marchés privés de l'assurance. Pour survivre sur un marché concurrentiel, les assureurs privés à but lucratif doivent établir le prix de la protection accordée en fonction du risque que présente l'assuré, et c'est précisément ce qu'ils font. Les personnes en mauvaise santé paient davantage tandis que celles qui sont en santé paient moins, quel que soit leur revenu. Une protection privée étendue représente donc un fardeau financier beaucoup plus lourd pour les personnes en mauvaise santé et démunies, ou comporte un prix simplement trop élevé pour être à leur portée.

Les gouvernements doivent donc restreindre la concurrence afin de permettre/exiger que les assureurs privés acceptent tous les participants à des taux similaires et qu'ils subventionnent ainsi les personnes en mauvaise santé aux dépens de celles qui sont en bonne santé. Une autre solution pour l'État consiste à subventionner la protection des premières à même les fonds publics, ou simplement à accorder une protection publique aux segments de la population à risque plus élevé, c'est-à-dire les personnes âgées et les pauvres — comme le Québec l'a fait dans le cadre de son programme « universel » d'assurance-médicaments. C'est aussi la forme qu'a prise l'assurance-santé aux États-Unis, sauf que la protection privée n'est pas obligatoire pour la population en général, elle n'est que fortement subventionnée[15].

Intégration des frais d'utilisation à l'impôt sur le revenu

D'autres formules de recettes hybrides ont reçu une attention considérable récemment, mais ne semblent pas avoir été mises en pratique à une échelle importante si même elles l'ont été. Une proposition qui remonte loin en arrière — au moins trente ans — porte sur une combinaison de financement fiscal et de déboursés imposés aux usagers en liant le montant d'impôt sur le revenu que doit payer une personne aux dépenses publiques consacrées aux soins de santé qu'elle reçoit (Feldstein, 1971; CEO, 1976; Gordon et coll., 1998). Une partie des coûts associés aux soins que reçoit une personne peut être ajoutée directement à sa facture d'impôt; par ailleurs, une partie de ces coûts pourrait être traitée comme un « avantage imposable » et ajoutée au revenu imposable avant de calculer l'impôt à payer.

Pour un niveau donné de recettes perçues, l'effet net serait d'abaisser le taux d'imposition du revenu tel qu'on le définit habituellement et d'associer un coût financier à l'utilisation que fait une personne des soins — autrement dit, un droit d'utilisation. Mais ce droit d'utilisation ressemblerait à une forme d'imposition et varierait selon la tranche d'imposition de l'utilisateur. Les personnes qui touchent un revenu imposable élevé (« celles qui en ont les moyens ») verseraient un droit d'utilisation plus élevé pour tout niveau donné de dépenses faites en leur nom. Les personnes « bien nanties » mais qui n'engendrent aucune dépense n'auraient, bien entendu, aucun montant supplémentaire à verser et bénéficieraient, de fait, d'un taux d'imposition moins élevé sur leur revenu net. Ces propositions atténuent quelque peu le caractère régressif des frais d'utilisation non liés au revenu, mais seulement en partie. Elles rendent aussi très explicite l'attribut fondamental de tout droit d'utilisation, à savoir qu'il constitue inévitablement un impôt prélevé auprès des malades (Lewis, 1998).

« Comptes d'épargne médicale » — la dernière trouvaille

Une proposition beaucoup plus récente (du moins au Canada) est celle des soi-disant *comptes d'épargne médicale*, qui représentent une formule hybride des mécanismes de financement que sont l'État, l'assurance privée et les paiements faits directement par l'utilisateur. Les détails de cette formule varient mais, de façon générale, les particuliers ou les ménages se verraient attribuer un certain montant par période, sous forme soit d'une subvention directe de l'État soit d'un traitement fiscal préférentiel, par exemple une exemption d'impôt pour les cotisations individuelles. Le compte de chaque personne servirait à payer les soins de santé qu'elle reçoit. Les personnes dont le compte affiche un excédent en fin de période pourraient retirer la totalité ou une partie de l'excédent pour l'utiliser à des fins personnelles, ou peut-être reporter l'excédent à plus tard afin de couvrir d'éventuelles dépenses de santé.

Les personnes dont le compte est déficitaire seraient personnellement responsables de la totalité ou d'une partie des coûts excédentaires jusqu'à un plafond « catastrophique », au-delà duquel le gouvernement assumerait tous les coûts; par ailleurs, les particuliers pourraient vouloir acquérir de l'assurance privée pour ces dépenses « catastrophiques », ou encore être obligés de le faire. (Tant le montant de base que le seuil de dépense « catastrophique » pourraient être rajustés en fonction du revenu de la personne.) Étant donné qu'aujourd'hui les maladies graves ont principalement un caractère chronique et qu'il y a une corrélation étroite entre des dépenses élevées au cours d'une période et le niveau des dépenses de la période suivante, il est difficile de voir comment le secteur de l'assurance privée volontaire pourrait jouer un rôle important dans ce système. La protection pourrait être facilement accessible aux personnes en santé et à la population à faible risque, mais ce n'est pas ce groupe qui consomme le plus de soins et qui est à l'origine de la plus grande partie des coûts.

Il y a amplement place pour modifier la formule au niveau des détails, mais l'essence de ces propositions est, premièrement, d'accroître le niveau général des frais imposés aux utilisateurs et, deuxièmement, d'ouvrir au marché privé des possibilités dans le domaine des soins de santé en transférant le rôle de payeur de l'État aux « consommateurs ». Des exemptions fiscales pour les cotisations individuelles à de tels comptes « d'épargne » déplaceraient également la participation financière du secteur public de la catégorie des paiements directement observables vers celle des subventions indirectes sous forme de dépense fiscale.

La question des droits d'utilisation surgit parce que les particuliers seraient responsables des dépenses engagées au-delà du montant figurant à leur compte et elle prend une importance encore plus grande si une partie de l'excédent enregistré dans ce compte revient au détenteur sous forme de revenu. Les crédits pour les montants inutilisés posent tout autant la question des frais d'utilisation que la responsabilité pour les sommes dépensées, même s'il semble y avoir une différence sur le plan comptable. D'une façon ou d'une autre, le bilan économique de la personne est touché par les soins qu'elle reçoit.

Axes de conflit d'intérêts dans les choix en matière de financement

Les choix parmi les sources de financement des soins de santé ou, mieux, leur composition, auront des conséquences que l'on peut regrouper sous trois grands thèmes :

Qui paie?
Qui reçoit?
Qui est rémunéré?

Qui paie? traduit le fait que si (abstraction faite de l'aide étrangère) les résidents d'un pays doivent assumer collectivement la totalité des coûts des soins qu'ils reçoivent, la répartition de la facture totale dépendra de la composition des sources de financement employées. Toute modification de cette composition aura inévitablement pour effet de redistribuer le fardeau, profitant financièrement à certains tout en en défavorisant d'autres. Ces modèles de redistribution sont en principe relativement transparents, bien qu'ils aient été relativement peu étudiés avant la dernière décennie.

Qui reçoit? a trait, en revanche, à la répartition des avantages, ou à tout le moins à l'utilisation des services de santé produits par un système de soins de santé particulier. La façon dont le système est financé et dont les recettes sont perçues peut influer sur le profil d'accès aux services, lorsque cette notion englobe non seulement qui reçoit quel service, mais aussi dans quelles circonstances — la qualité, l'instantanéité et la commodité. Dans quelle mesure l'accès est-il sensible aux « besoins », du point de vue soit des patients soit du personnel clinique, et dans quelle mesure l'accès est-il conditionné par la volonté ou la capacité de payer pour les services reçus? Les mieux nantis peuvent-ils obtenir davantage ou de «meilleurs » services et payer d'une façon ou d'une autre pour éviter les files d'attente?

Enfin, *Qui est rémunéré?* a trait aux niveaux et aux profils de revenus associés aux diverses modalités de financement. Cela comprend les dépenses globales en soins de santé pour une population donnée, qui sont forcément égales au total des revenus gagnés par les personnes qui fournissent les ressources nécessaires à la production des soins de santé. Certains modes de financement se prêtent mieux à un contrôle global des coûts si c'est là l'un des objectifs visés. Mais les dépenses totales sont le produit des quantités de services multipliées par leur prix respectif. Le contrôle des coûts — ou l'explosion des coûts — peut résulter d'une compression (augmentation) de la quantité et de la gamme des services offerts, ou encore d'un plafonnement (relèvement) des revenus relatifs de ceux qui fournissent les ressources à ce secteur — les salaires des travailleurs hospitaliers par exemple, ou les honoraires des médecins, ou encore les bénéfices que touchent les actionnaires des sociétés pharmaceutiques.

Afin de rendre ces relations plus précises (sinon plus transparentes), prenons l'identité recettes-dépenses-revenus schématisée à la figure 3. Nous pouvons exprimer cette identité ainsi :

$$TF + SI + UC + PI = P \times Q = W \times Z$$

où TF, SI, UC et PI représentent les montants totaux versés en rémunération aux prestateurs des soins de santé par l'ensemble des personnes formant la société (y compris celles qui travaillent pour les « entreprises » de soins de santé ou qui y participent d'une autre façon) par le truchement des impôts, de l'assurance sociale, de l'assurance privée et des déboursés directs, respectivement. L'expression P x Q représente les dépenses totales liées à ces services, où Q est un vecteur ou une série de montants correspondant aux différents types de biens et de services, tandis que P est la série correspondante de leurs prix respectifs.

À titre d'exemple, un barème provincial d'honoraires pour les médecins précise tous les actes médicaux pour lesquels les médecins seront remboursés, ainsi que la liste des honoraires correspondants, c'est-à-dire le prix auquel chacun sera remboursé. Les composantes de Q sont les quantités de chaque type de service réellement fourni, dans une sphère de compétence particulière et durant une période donnée. En multipliant le nombre de chaque catégorie de service fourni ou de procédure réellement exécutée par le prix correspondant et en faisant la somme de tous les éléments, on obtient le « vecteur-produit » P x Q, qui correspond aux dépenses totales consacrées aux services des médecins (rémunérés à l'acte). Dans le cas des services dont le remboursement repose sur une formule autre que celle de la rémunération par élément de service — les budgets globaux pour les hôpitaux, par exemple, ou la pratique par capitation — la ventilation des dépenses totales entre les composantes prix et quantités n'est ni simple ni exacte. Mais il y aura toujours un prix implicite associé à chaque produit ou service dispensé.

De la même façon, les revenus totaux gagnés peuvent être intégrés à W x Z, où les éléments de la série W représentent les taux de remboursement des divers intrants-ressources et où la série Z représente leurs quantités. Un élément de W pourrait être le taux de salaire horaire d'une catégorie particulière de services infirmiers, par exemple, ou le revenu horaire net d'une catégorie particulière de médecins. Le nombre d'heures de travail spécialisé fournies par chacun serait représenté par les éléments correspondants du vecteur Z. Mais les autres intrants pourraient être des pieds carrés de superficie dans des édifices ou les montants de capital investi. Les loyers, les taux de rendement sur le capital investi et les bénéfices versés aux actionnaires sont aussi des éléments de W.

Ainsi, une augmentation négociée du salaire des infirmières serait représentée par une hausse des éléments correspondants de W. Si l'emploi des infirmières et infirmiers (Z) demeure constant et que les niveaux d'activité hospitalière (Q) ne changent pas, alors le prix effectif (P) des soins hospitaliers pourra augmenter et, dans un système financé par des fonds publics, le montant des recettes fiscales consacrées aux budgets des hôpitaux (T) devra aussi augmenter. Si, par contre, les budgets des hôpitaux sont gelés, alors Z doit chuter au fur et à mesure que W augmente — représentant un nombre moins élevé d'infirmières touchant des salaires plus élevés, ou encore des compressions à d'autres postes du budget de l'hôpital. Cela pourrait se refléter dans une diminution de la production hospitalière (Q) et une hausse correspondante du prix effectif, ou entraîner une augmentation de l'« efficience », alors que la production demeure inchangée malgré une diminution des ressources utilisées comme intrants — augmentation de la production horaire, de sorte que les hausses salariales ne se transforment pas en prix plus élevés. Cependant, des emplois seront perdus si les budgets totaux n'augmentent pas.

Ce qui se produit en réalité sera toujours controversé parce que la production hospitalière n'est que partiellement liée à des quantités mesurables, par exemple le nombre de procédures exécutées, le nombre de cas traités et le nombre de jours-patients hospitalisés. La qualité des soins et les résultats concomitants pour les patients sont les objectifs réellement visés et il y aura toujours un certain désaccord sur le fait que la « qualité » a ou non changé. L'identité ne nous dit pas quelles seront les conséquences d'un changement au niveau de l'une ou l'autre des variables en jeu; ce que fait cette identité est de contraindre les scénarios possibles et la gamme des choses différentes qui *peuvent* se produire, en garantissant la cohérence des résultats. Quelles que soient les conséquences, elles doivent être comptabilisées correctement.

Mais l'identité ne tient qu'au niveau agrégé, c'est-à-dire pour l'ensemble de la société. Pour toute personne, les recettes perçues peuvent être considérablement supérieures, ou inférieures, aux dépenses totales de santé afférentes à cette personne, et l'un ou l'autre de ces montants peut être plus, ou moins, élevé que le revenu provenant du système de soins de santé. Un chirurgien en santé recevra davantage en revenu qu'il ne verse sous forme de paiements publics ou privés, et beaucoup plus que les dépenses qui lui sont consacrées à ce titre. De même, les gens d'affaires prospères et en santé verseront des cotisations beaucoup plus élevées que les dépenses qui les touchent (sauf si leur entreprise produit une forme quelconque de biens ou de services liés à la santé), et toucheront peu sous forme de revenu provenant du système de soins de santé. (Ils peuvent cependant détenir des actions dans une société de produits pharmaceutiques ou de matériel médical.) Les personnes âgées et les pensionnés qui sont atteints d'une maladie chronique pourront par ailleurs recevoir un volume assez important de services, qui coûtent beaucoup plus que la contribution qu'elles versent par l'un ou l'autre des mécanismes, tout en recevant peu, sinon aucun revenu du secteur de la santé.

Ces différentes situations individuelles fournissent, en guise de première approximation, une illustration des intérêts économiques touchés différemment par les modifications apportées à la structure des mécanismes de financement. Une personne est-elle principalement contributrice ou bénéficiaire dans l'optique du financement des soins de santé et, parmi les contributeurs, son apport est-il supérieur, ou inférieur, aux dépenses qui la touchent? A priori, il semble possible que l'appui ou l'opposition à divers mécanismes de financement soit influencé par les pertes ou les gains financiers attendus. Évidemment, nous sommes tous plus que de simples agents économiques. Mais la position que nous adoptons a tendance à être partiellement liée à notre situation. Les désaccords sur le financement des soins de santé trouvent leur origine dans des conflits réels, et persistants, entre différents intérêts économiques.

Qui paie (quelle part des coûts totaux des soins de santé)?

Bien entendu, tous et chacun contribuent. Sauf pour les personnes entièrement dépendantes ou démunies, chaque personne qui se trouve dans l'encadré inférieur gauche de la figure 3 contribue une somme d'argent qui sera absorbée par les dépenses en soins de santé et les revenus du secteur de la santé. Mais quelle somme ou proportion du total sera assumée par différentes personnes ou par des personnes se trouvant dans des circonstances différentes?

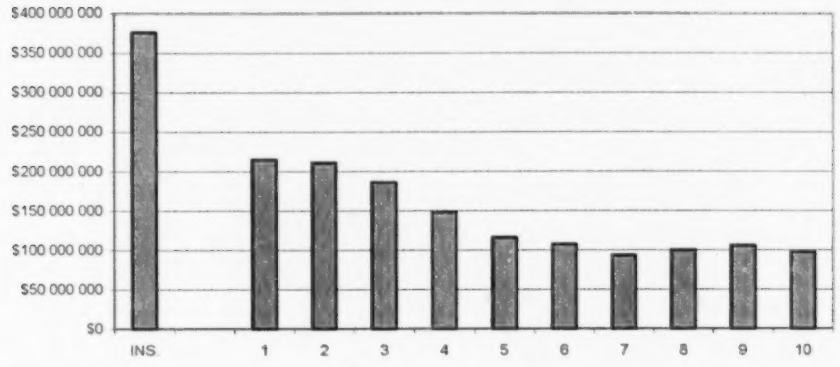
Si les soins de santé sont entièrement financés à même les recettes générales de l'État, la contribution des gens sera proportionnelle à leurs obligations fiscales. Sous réserve d'une grande complexité au niveau des détails, les obligations fiscales auront tendance à être approximativement proportionnelles au revenu. À l'opposé, dans un système financé entièrement par des frais d'utilisation, la contribution des gens sera proportionnelle à l'utilisation qu'ils font des soins, laquelle peut être plus ou moins proportionnelle (encore une fois sous réserve de variations au niveau détaillé) à leurs besoins de soins ou à leur état de santé. En conséquence, tout déplacement de la composition des sources de financement au profit (détriment) du modèle de l'utilisateur-payeur et au détriment (profit) du modèle du financement fiscal réduira (accroîtra) la part du fardeau assumée par les personnes nanties et en santé et accroîtra (réduira) celle des personnes en mauvaise santé et démunies. Des modifications équivalentes et compensatoires dans T et C s'annuleront au niveau agrégé, mais non (sauf par accident) au niveau individuel.

On peut penser que s'il y avait une corrélation étroite (positive) entre la maladie et le revenu (mais non les obligations fiscales), un déplacement au détriment du modèle du financement fiscal vers celui de l'utilisateur-payeur pourrait hausser la part du fardeau assumée par certaines personnes à revenu élevé — les personnes nanties en mauvaise santé — tout en profitant aux personnes en santé mais démunies. Cependant, dans toutes les sociétés développées, les corrélations s'observent dans l'autre sens : la santé et le revenu affichent une forte corrélation, tout comme le revenu et les obligations fiscales.

La relation entre le revenu et la contribution est illustrée à la figure 4. Celle-ci est tirée d'une étude réalisée au Manitoba (Mustard et coll., 1998a, b) où l'on a recoupé les dossiers administratifs individuels des programmes publics universels couvrant les services hospitaliers et médicaux, avec les fichiers détaillés du recensement portant sur le revenu des familles et les obligations fiscales estimatives, pour un vaste échantillon de la population de la province. La figure fait voir la répartition des dépenses publiques et les obligations fiscales correspondantes par décile de revenu (à l'échelle de la population provinciale, qui atteint environ un million de personnes), le segment restreint mais coûteux des personnes vivant en établissement étant traité comme catégorie distincte.

Le volet 4a montre les montants dépensés par les régimes publics en soins aux personnes appartenant à chaque décile de revenu en 1994; le volet 4b montre le montant estimatif des contributions fiscales. Le volet 4c montre la différence, par décile de revenu, entre le coût total des soins reçus et le total des impôts payés; enfin, le volet 4d montre le gain ou la perte qui en résulte en pourcentage du revenu familial total consommable. (Les personnes vivant en permanence dans un établissement n'ont pas de revenu important.)

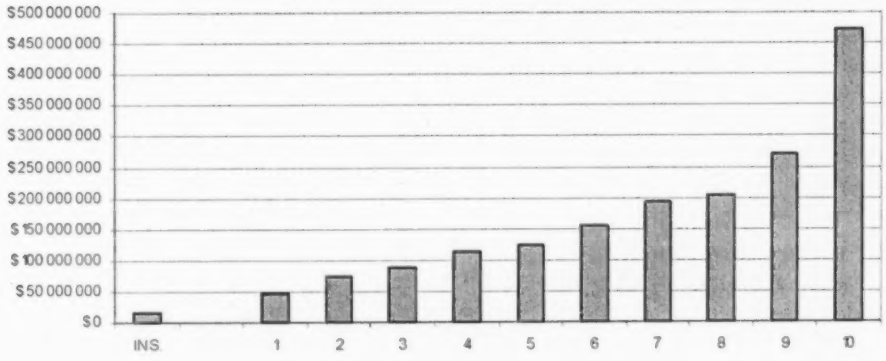
FIGURE 4a : Dépenses publiques consacrées aux soins de santé, par décile de revenu, Manitoba, 1994



Source : MCPHE, INS. – Population vivant en établissement.

L'échelle des transferts est assez imposante, notamment en provenance des personnes appartenant à la tranche supérieure de revenu, ce qui fait ressortir clairement l'avantage économique potentiel pour les gens de ce groupe d'un déplacement du modèle de financement en s'éloignant d'un régime (presque) intégral de financement par les impôts vers une forme quelconque de financement privé. Toute modification en ce sens abaisserait l'ensemble des barres du volet 4d vers l'axe des X, réduisant le transfert de pouvoir d'achat des mieux nantis aux moins nantis opéré par le régime de financement actuel (en 1994). Mais comme les personnes ayant des revenus très bas et des besoins élevés ont peu de chance de pouvoir assumer une part substantielle des coûts des soins qu'elles reçoivent, tout déplacement du mode de financement au détriment des impôts vers des cotisations privées risquerait d'entraîner un transfert de fonds principalement des déciles moyens vers les déciles supérieurs de la répartition des revenus.

FIGURE 4b : Contribution de la fiscalité aux soins de santé, par décile de revenu, Manitoba, 1994



Source : MCPHE, INS. – Population vivant en établissement.

FIGURE 4c : Transfert net aux/des déciles de revenu, financement public des soins de santé, Manitoba, 1994

Un tel profil des effets redistributifs n'a rien d'étonnant; en fait, il devrait être évident et incontestable par intuition. Quant à savoir si un modèle ou l'autre de répartition du fardeau est plus ou moins « équitable », c'est là une question de valeurs personnelles sur laquelle des gens rationnels peuvent légitimement diverger d'opinion. Mais il ne semble y avoir aucune base logique pour contester les résultats obtenus par van Doorslaer et coll. (1993) au terme d'une analyse détaillée des pays de la Communauté européenne : « [...] les déboursés directs ont tendance a constituer un moyen hautement régressif de financement des soins de santé [...] (p. 42, traduction libre)[16]. Des analyses subséquentes ont confirmé cette conclusion (van Doorslaer et coll., 1999; Wagstaff et coll., 1999).

FIGURE 4d : Transfert net par décile de revenu, en pourcentage du revenu consommable, découlant d'une réduction de 20 % de l'impôt sur le revenu et de l'application correspondante d'un impôt universel (sauf pour la population vivant en établissement et le 1er décile), Manitoba, 1994

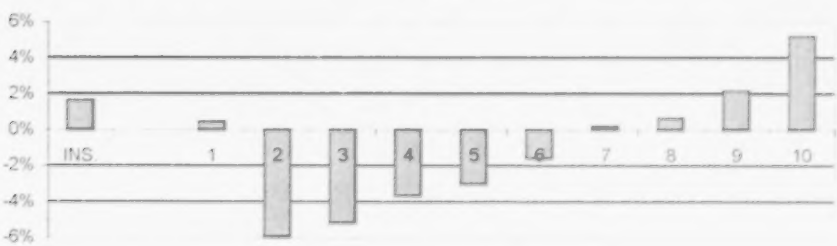
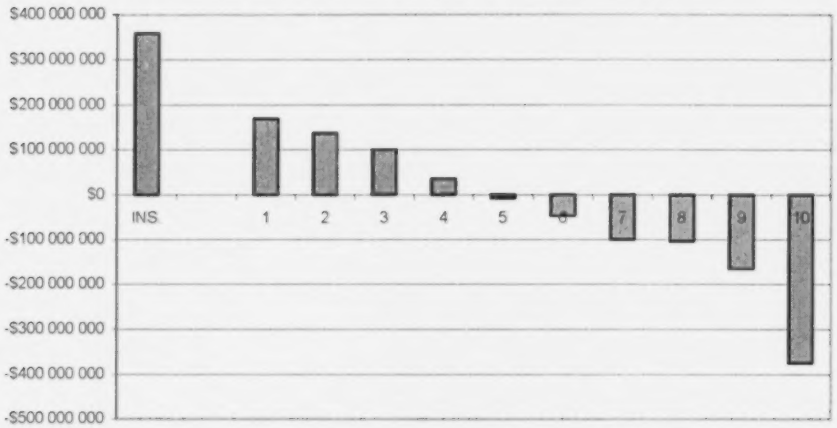
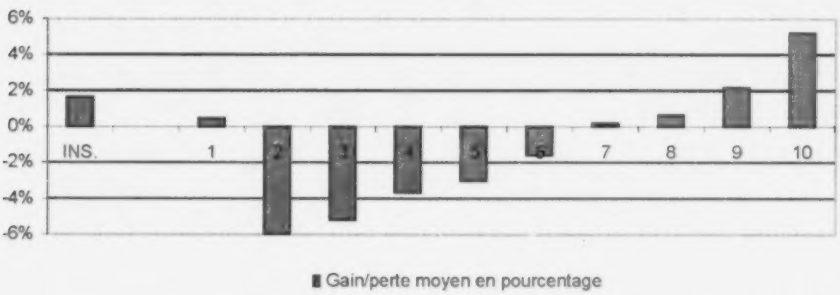


FIGURE 4c : Transfert net aux/des déciles de revenu, financement public des soins de santé, Manitoba, 1994



Un tel profil des effets redistributifs n'a rien d'étonnant; en fait, il devrait être évident et incontestable par intuition. Quant à savoir si un modèle ou l'autre de répartition du fardeau est plus ou moins « équitable », c'est là une question de valeurs personnelles sur laquelle des gens rationnels peuvent légitimement diverger d'opinion. Mais il ne semble y avoir aucune base logique pour contester les résultats obtenus par van Doorslaer et coll. (1993) au terme d'une analyse détaillée des pays de la Communauté européenne : « [...] les déboursés directs ont tendance à constituer un moyen hautement régressif de financement des soins de santé [...] (p. 42, traduction libre)[16]. Des analyses subséquentes ont confirmé cette conclusion (van Doorslaer et coll., 1999; Wagstaff et coll., 1999).

FIGURE 4d : Transfert net par décile de revenu, en pourcentage du revenu consommable, découlant d'une réduction de 20 % de l'impôt sur le revenu et de l'application correspondante d'un impôt universel (sauf pour la population vivant en établissement et le 1er décile), Manitoba, 1994



La reconnaissance de cette régressivité et son incompatibilité avec les notions de l'équité qui prévalent ont motivé le dépôt des propositions mentionnées précédemment en vue d'intégrer des frais d'utilisation à l'impôt sur le revenu. Si, par exemple, les coûts des soins de santé financés à même les impôts devenaient une prestation imposable, la proportion des factures de soins médicaux payés directement varierait d'une catégorie de revenu à l'autre et cela atténuerait leur caractère régressif. Mais le degré d'atténuation dépend du nombre de paliers du régime d'impôt sur le revenu et de l'écart entre les taux applicables à chaque palier.

L'impôt fédéral sur le revenu comporte une certaine progressivité mais elle est limitée. Prenons l'exemple d'une personne dont la consommation de soins de santé a engendré des dépenses de 1 500 dollars dans le budget de l'assurance-santé en 2001 (ce qui correspond à peu près à la moyenne nationale) et supposons que ce montant ait été ajouté à son revenu imposable au niveau fédéral. Avec des gains de 25 000 dollars, cette personne aurait eu à payer 240 dollars supplémentaires (16 p. 100 de 1 500 dollars), c'est-à-dire 0,96 p. 100 de son revenu avant impôt. Avec des gains de 50 000 dollars, l'obligation supplémentaire serait plus lourde — 22 p. 100 de 1 500 dollars, soit 330 dollars — mais cela ne représente que 0,66 p. 100 du revenu. Avec des gains de 75 000 dollars, l'obligation fiscale atteindrait 390 dollars, c'est-à-dire 0,52 p. 100 du revenu; enfin, avec des gains de 100 000 dollars assujettis à la tranche supérieure d'imposition, l'obligation supplémentaire serait de 435 dollars, soit 0,44 p. 100 du revenu. Par la suite, l'obligation fiscale demeure constante, ce qui signifie qu'elle diminue progressivement en proportion du revenu. Avec des gains de 250 000 dollars, le contribuable ne verserait que 0,17 p. 100 de son revenu en contributions fiscales supplémentaires. Si nous tenons compte de l'impôt provincial, les montants et pourcentages d'obligations fiscales qui précèdent augmenteraient d'environ 50 p. 100.

Un « impôt uniforme » comportant un taux d'imposition marginal constant quel que soit le niveau de revenu éliminerait tout effet d'atténuation de la régressivité des frais imposés aux usagers. Si chacun était tenu de verser la même proportion de son revenu en impôts (peut-être en sus d'une exemption de base), l'ajout de paiements au titre des soins médicaux à l'assiette fiscale accroîtrait l'obligation fiscale de chacun dans la proportion de leurs dépenses en soins médicaux, peu importe leur revenu. Ces obligations seraient aussi régressives que toute autre forme de frais d'utilisation proportionnels.

Mais l'obligation fiscale supplémentaire ne reflète qu'une partie de la réalité. Les montants ainsi perçus permettraient d'abaisser les autres impôts ou remplaceraient d'autres hausses. En supposant un régime fiscal approximativement proportionnel, ces diverses solutions permettraient de prélever (d'octroyer) une somme quatre fois plus élevée auprès de (à) la personne ayant des gains de 100 000 dollars par rapport à une autre ne gagnant que 25 000 dollars, comparativement à un écart de 81,3 p. 100 des obligations fiscales découlant de l'imposition des dépenses du régime d'assurance-santé. Au-delà de 100 000 dollars, l'écart augmente rapidement : à 250 000 dollars, la différence d'obligations fiscales dans le cadre d'un système d'imposition proportionnel correspond à un facteur de dix. La comparaison de ce mécanisme de perception de recettes à celui de la fiscalité générale démontre le point illustré graphiquement à la figure 4; le premier est sensiblement plus avantageux pour les gens à revenu élevé.

Cependant, ces calculs sont pertinents uniquement pour une personne se trouvant au niveau *moyen* des déboursés du régime d'assurance-santé au cours d'une année. Le profil généralement observé est que la consommation de soins est fortement concentrée parmi un pourcentage relativement restreint de la population. Reid et coll. (2002) présentent une revue assez complète des études qui montrent une telle concentration pour différents pays, différentes périodes et différentes catégories de soins, tandis que Forget et coll. (2002) montrent la concentration exceptionnelle des dépenses médicales et hospitalières au sein de la population manitobaine sur la période 1997-1999. Ces auteurs ont constaté que le centile supérieur de la population représentait 26 p. 100 des dépenses, tandis que la tranche inférieure de 50 p. 100 de la population n'en représentait que 4 p. 100. Avec des dépenses annuelles moyennes en soins de santé atteignant 730 dollars par habitant[17], cela signifie des déboursés moyens de 18 980 dollars pour le centile supérieur, contre des dépenses de 58 dollars par personne pour la tranche inférieure de 50 p. 100. Pour les utilisateurs du décile supérieur, le coût moyen atteignait environ 5 000 dollars, tandis que pour le décile suivant, il était de 1 000 dollars. L'addition de ces sommes au revenu imposable aurait alourdi de façon considérable les obligations assumées par un pourcentage limité de la population, tout en ayant peu ou pas d'incidence sur la majorité.

La plus grande partie de ces coûts très élevés est représentée par la consommation de services hospitaliers, mais Forget et coll. constatent aussi une concentration élevée au niveau de l'utilisation des services de médecins, à l'instar de Reid et coll. (2002) en Colombie-Britannique. Ainsi, en 1996-1997, 5,3 p. 100 de la population adulte de la Colombie-Britannique était à l'origine de 33,7 p. 100 de l'ensemble des honoraires versés aux médecins pour les soins aux adultes (autres qu'obstétriques), soit 2 640 dollars par personne en moyenne. Une autre tranche de 78,7 p. 100 de la population adulte représentait 66,3 p. 100 de ces honoraires, soit 350 dollars par personne en moyenne; enfin, 15,9 p. 100 de la population n'engendrait aucune facturation pour des services médicaux. Environ la moitié des gros utilisateurs étaient âgés de plus de 60 ans, contre moins du quart des personnes utilisant peu ces services et 10 p. 100 des non-utilisateurs. L'analyse des profils de diagnostic et d'intervention médicale montre que les gros utilisateurs sont significativement plus malades que le reste de la population, une conclusion qui ressort tout aussi clairement d'une analyse des données de l'Ontario comparant l'auto-déclaration individuelle de l'état de santé aux dépenses publiques pour les services de médecins (Finkelstein, 2001). Les personnes qui consomment beaucoup de soins de santé sont malades.

Ainsi, la proposition axée sur un régime « hybride » d'imposition et de frais d'utilisation est non seulement régressive, parce qu'un tel régime prélèverait proportionnellement plus de ressources auprès des personnes ayant un revenu peu élevé et bénéficierait surtout aux personnes à revenu élevé, mais il imposerait de surcroît un fardeau financier très lourd à un groupe relativement restreint de personnes très malades. Les chiffres qui précèdent, en apparence relativement peu significatifs — moins de 1 p. 100 du revenu versé en impôt fédéral supplémentaire par l'utilisateur « moyen » gagnant 25 000 dollars annuellement, prennent une dimension fort différente lorsque nous appliquons les ratios obtenus par Forget et coll. (2002)[18]. La moitié de la population appartenant à la tranche de revenu de 25 000 dollars assumera, en moyenne, une obligation supplémentaire au titre de l'impôt fédéral d'environ 20 dollars, soit 0,12 p. 100 du revenu, somme que l'on doit porter à environ 30 dollars, soit 0,18 p. 100 du revenu, pour tenir compte de la composante provinciale de l'impôt sur le revenu. La tranche supérieure de 10 p. 100 des utilisateurs verra sa facture fiscale fédérale augmenter de près de 1 500 dollars,

soit une part de 6 p. 100 du revenu, qui atteint environ 9 p. 100 en tenant compte de l'impôt provincial.

Ces calculs « sommaires » sont présentés uniquement à titre illustratif; une analyse plus rigoureuse nécessiterait une connaissance de la répartition pluriannuelle conjointe des services hospitaliers et médicaux par catégorie de revenu et, de préférence, par tranche d'imposition, ce qui nécessiterait un effort de recherche considérable. Mais aucun exercice de ce genre, exigeant beaucoup de données, n'est requis pour appuyer l'observation générale : par rapport au financement à même les recettes fiscales générales, la formule hybride des impôts et des frais d'utilisation est très peu différente d'une formule de coassurance basée sur des frais d'utilisation, dans laquelle les utilisateurs versent un certain pourcentage des coûts de leurs soins. On ne peut ignorer le fait que les frais d'utilisation, peu importe la forme qu'ils revêtent, reviennent à percevoir un impôt auprès des malades. Et, par rapport à la fiscalité générale, ils accordent un allègement aux mieux nantis.

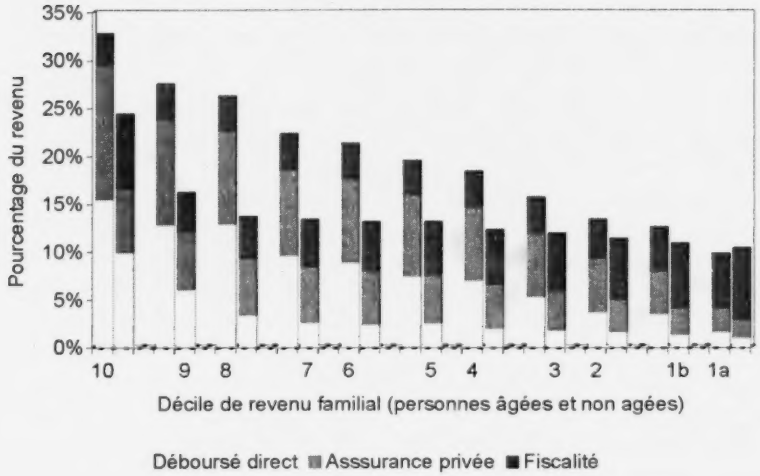
L'assurance privée fait intervenir des considérations supplémentaires en ce qui a trait à la question « Qui paie? » Si elle est réalisable, la protection universelle fondée sur un régime privé serait semblable au mécanisme de financement par voie d'impôt dans la mesure où les cotisations ne dépendraient pas des antécédents de maladie et de la consommation des soins. Puisque les assureurs privés exigent souvent une certaine contribution financière de la part de l'utilisateur des soins, le passage d'un régime public à un régime privé pourrait comporter un transfert de fonds entre les personnes malades et celles qui sont en santé, mais les programmes publics peuvent aussi imposer de tels frais d'utilisation, avec les mêmes effets redistributifs.

Cependant, la principale différence est que l'assurance privée vendue par des entreprises privées à but lucratif sur un marché concurrentiel sera assortie de primes reflétant la probabilité attendue de maladie et non le revenu. (Les personnes à revenu élevé peuvent payer des primes plus élevées si elles achètent une protection plus complète mais, pour la même protection, le prix ne varie pas en fonction du revenu.) En conséquence, si le marché de l'assurance fonctionne de façon efficiente, la répartition du fardeau sur l'éventail des revenus devrait ressembler beaucoup à la répartition des dépenses moyennes en soins de santé.

Et, de fait, c'est ce qui se produit. La figure 5 est tirée des travaux de Rasell et coll. (1993, 1994), qui ont analysé des données d'enquête sur la population ne vivant pas en établissement aux États-Unis. La figure montre la répartition, par décile de revenu, des paiements totaux au titre des soins de santé (selon une définition plus complète que celle employée à la figure 4) pour chacun des mécanismes de financement — les impôts, l'assurance privée et les déboursés directs. Leurs résultats sont présentés pour les ménages dont le chef a plus (ou moins) de 65 ans, parce que les premiers sont admissibles au programme national *Medicare* pour les services hospitaliers et médicaux, un programme universel financé à même les impôts.

La figure 5 fait voir le contraste entre la progressivité du mécanisme de financement par voie d'impôt aux États-Unis et la régressivité des autres mécanismes de financement, soit les déboursés directs et l'assurance privée. Le profil similaire des deux modes de financement privés laisse penser que le marché de l'assurance privée aux États-Unis fait un lien assez étroit entre les cotisations à verser et l'utilisation prévue des soins. Ces composantes hautement régressives du

FIGURE 5 : Part du revenu dépensée en soins de santé aux États-Unis en 1987, par décile de revenu familial et forme de paiement



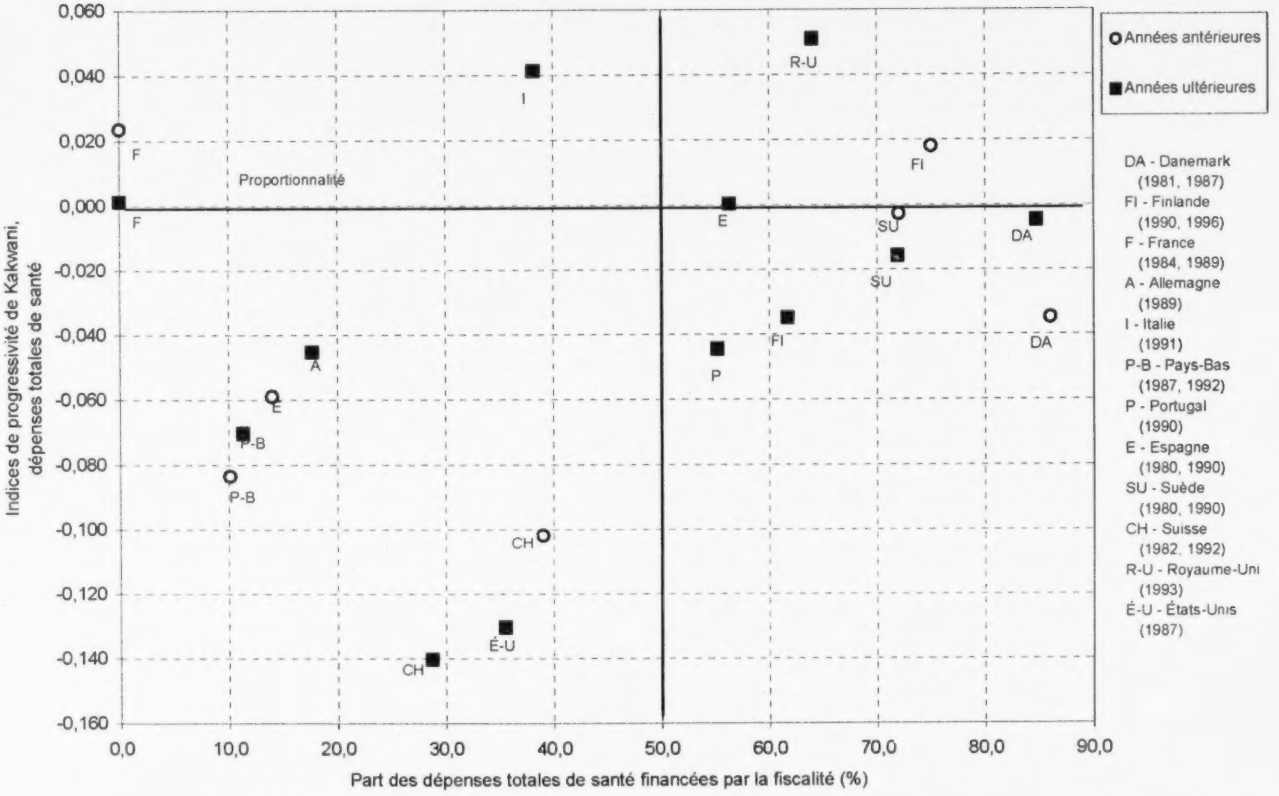
régime de financement ont un effet beaucoup plus grand que la progressivité de la composante fiscale, rendant la répartition globale hautement régressive.

Cependant, il est peut-être étonnant d'observer ce profil même parmi les personnes âgées, qui bénéficient de la version américaine du programme d'assurance-santé (*Medicare*). Les franchises et quotes-parts très importantes que prévoit ce programme public, manifestement en vue d'en limiter les coûts, contribuent globalement à rendre le régime assez régressif. Les particuliers peuvent acquérir une protection privée (*Medigap*) pour se prémunir contre ces frais — comme on le fait en France pour le *ticket modérateur* intégré au régime obligatoire d'assurance-santé. Mais la couverture *Medigap* offerte par le secteur privé répartit aussi de manière régressive le fardeau financier (les primes sont fondées sur le risque et non sur le revenu).

L'industrie américaine de la protection *Medigap* illustre aussi le lien qui existe entre les frais d'utilisation et l'assurance privée dans un régime principalement financé par des sources publiques — ce qui est le cas de tous les systèmes des pays développés. Pour que les assureurs privés aient un marché à desservir, le régime public doit comprendre d'importants frais d'utilisation et/ou exclusions de services — préférablement les deux. Les assureurs privés sont donc systématiquement favorables à l'imposition de tels frais. Les arguments qu'ils offrent sont aussi variés que nombreux, mais l'objectif sous-jacent est de créer un marché pour leur produit.

Cependant, le choix entre l'assurance privée et publique comporte une seconde dimension distributionnelle. Tel que noté précédemment, au Canada, aux États-Unis et dans certains pays européens, une subvention sous forme de dépense fiscale est accordée pour l'assurance privée achetée par les employeurs au nom de leurs employés. Le montant de cette subvention pour un employé est égal au montant total versé par l'employeur, multiplié par le taux marginal d'impôt sur le revenu auquel l'employé est assujetti. Mais ce dernier élément, et habituellement aussi le premier, augmentent parallèlement au revenu.

FIGURE 6 : Relation entre le financement par voie fiscale et la progressivité des dépenses totales de santé, certains pays de l'OCDE et certaines années



Sources : Wagstaff et coll. (1999), et calculs de U. Hakkinen pour la Finlande

En conséquence, la subvention est beaucoup plus importante, en termes absolus, pour les personnes qui gagnent un revenu élevé. Smythe (2001) estime qu'en 1994, la subvention accordée par les gouvernements fédéral et provinciaux au Canada représentait environ cinquante cents pour les ménages ayant un revenu annuel inférieur à 5 000 dollars, augmentant jusqu'à 250 dollars pour les personnes gagnant plus de 100 000 dollars. Aux États-Unis, Sheils et Hogan (1999) ont estimé que la valeur de la subvention augmentait de façon monotone, passant en moyenne de 71 dollars pour les familles ayant un revenu inférieur à 15 000 dollars à 2 357 dollars pour celles dont le revenu dépassait 100 000 dollars en 1998. Ainsi, la nature essentiellement régressive du financement au moyen de l'assurance privée est sensiblement accentuée lorsque la couverture privée est subventionnée par une exemption fiscale. Les primes des régimes d'assurance privés représentent non seulement une part croissante au fur et à mesure qu'augmente le revenu, mais pour les personnes admissibles à la subvention sous forme de dépense fiscale, le coût net est en réalité inférieur en valeur absolue.

Hors de l'Amérique du Nord, le tableau qui se dégage de l'assurance privée est un peu plus complexe. Lorsque l'assurance privée est principalement achetée par des gens qui gagnent un revenu élevé dans le but d'obtenir un accès préférentiel, plus rapide et plus pratique à des soins perçus comme étant de meilleure qualité — comme en Allemagne, aux Pays-Bas, en Italie, au Portugal et au Royaume-Uni, les primes des polices d'assurance privées sont, de ce fait, réparties de façon progressive — elles représentent une part plus élevée du revenu des mieux nantis. Mais si la protection privée permet aux bien nantis de se retirer des programmes généraux d'assurance publique, comme en Allemagne et aux Pays-Bas, le système de financement devient, globalement, beaucoup plus régressif (Wagstaff et coll., 1999; van Doorslaer et coll., 1993, p. 42-44).

L'éventail des résultats possibles est présenté à la figure 6, tirée de Wagstaff et coll. (1999). La figure fait voir, pour un certain nombre de pays européens (et les États-Unis), la relation entre la proportion du financement des soins de santé provenant des recettes fiscales et un indice global de progressivité ou de régressivité du financement du système de santé. Dans l'ensemble, il en ressort une relation claire entre le financement par voie d'impôt et une progressivité accrue — ou une régressivité moins prononcée. (Puisque les dépenses de santé ressemblent aux besoins dans la mesure où ils sont répartis de façon hautement régressive parmi la population, un système de financement légèrement régressif peut tout de même provoquer un déplacement substantiel de ressources au sein de la répartition des revenus.) En mettant l'accent seulement sur cette relation globale, on risque toutefois de négliger beaucoup de détails pertinents.

Les pays où le financement privé occupe la plus grande place — les États-Unis et la Suisse — sont ceux qui possèdent les systèmes de financement les plus régressifs. Mais dans les trois pays où le régime d'assurance sociale occupe une place prépondérante — l'Allemagne, les Pays-Bas et la France — les deux premiers systèmes sont fortement régressifs, tandis que le dernier est à peu près proportionnel. La différence fondamentale est qu'en France, les cotisations ne sont pas assujetties à un plafond de revenu et les mieux nantis n'ont pas la possibilité de se retirer du système en recourant à l'assurance privée. Les systèmes d'assurance sociale peuvent donc avoir des effets de redistribution très différents selon la façon dont est structuré le barème de cotisation.

Les systèmes de financement les plus progressifs sont liés à la fiscalité et n'offrent pas une option de retrait. Les personnes qui achètent une protection privée doivent la payer en sus de leurs cotisations au régime public. Mais il importe de noter également que les pays scandinaves, où le financement par voie d'impôt occupe la place la plus importante, semblaient avoir des régimes fiscaux *moins* progressifs (au moment où la présente étude a été réalisée) que, par exemple, les États-Unis, l'Allemagne ou la Suisse. (Ou encore le Canada, où l'on observe un niveau relativement faible de financement public des soins de santé.) Ces données laissent entrevoir la possibilité d'un arbitrage politique entre la progressivité du régime fiscal et la mesure dans laquelle les soins de santé sont financés par les impôts — ce qui traduit peut-être l'effet de la réticence politique des bien nantis à une redistribution trop marquée des revenus (Evans, 2000, 2002a).

L'effet redistributif global des options de financement des soins de santé dépend manifestement de la progressivité ou de la régressivité globale du régime fiscal. Historiquement, on a estimé que les régimes fiscaux canadiens étaient à peu près proportionnels au revenu, ou légèrement progressifs, la progressivité de l'impôt sur le revenu compensant la régressivité des autres sources de recettes fiscales comme les taxes à la consommation. Cependant, les baisses d'impôt sur le revenu mises en œuvre dans la seconde moitié des années 90, qui visaient principalement la partie supérieure de la répartition des revenus, ont vraisemblablement réduit à la fois la progressivité de l'impôt sur le revenu et la part qu'il occupe dans l'ensemble des recettes fiscales. Cela aurait donc eu tendance à réduire l'effet redistributif du système de soins de santé financé par voie fiscale.

Les exemples les plus évidents d'un tel déplacement régressif de la structure fiscale sont ceux de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, deux provinces qui ont abaissé leur impôt sur le revenu et compensé la perte de recettes en haussant les taxes provinciales universelles, appelées « primes » de soins de santé. Un tel changement de la structure fiscale peut provoquer un transfert considérable de revenu, des parties inférieure et intermédiaire de la répartition des revenus vers la partie supérieure, en particulier vers la tranche la plus élevée (Evans, 2002b); c'est d'ailleurs ce qui semble avoir été l'intention de ces provinces (Fuller et Stephens, 2002). Mais il faut noter que le gouvernement fédéral a aussi mis en œuvre, en 2001, un programme quinquennal de réduction de l'impôt sur le revenu qui profitera principalement aux personnes se trouvant dans la partie supérieure de la répartition des revenus et qui se traduira par une baisse estimative de ses recettes globales de l'ordre de 95 milliards de dollars.

Qui reçoit (quel niveau de soins, de qui et quand)?

Nous avons fait valoir précédemment qu'il n'y avait pas de lien logique entre les changements à apporter à la structure fiscale — peu importe comment on les désigne — et les profils d'utilisation individuelle des soins de santé. Cela pourrait toutefois être trop simpliste. Légalement, la situation est assez limpide. Comme nous l'avons noté ci-dessus, le fait de ne pas verser de « primes » provinciales n'a pas plus d'effet sur le droit d'accès aux services de l'assurance-santé que le fait de ne pas payer d'impôt sur le revenu ou toute autre taxe. Pour être admissibles aux transferts fédéraux, les provinces doivent assurer l'ensemble de leur population admissible, peu importe que les gens aient payé ou non leurs primes. Mais presque personne n'est informé de cela. La plupart des gens croient que leur protection dépend du paiement des primes, une opinion qui pourrait bien en inciter certains à ne pas demander de soins. Il n'y a aucune donnée précise sur l'ampleur de cet effet, mais il serait utile de le garder à l'esprit au moment où l'Alberta et la Colombie-Britannique hausseront leurs primes.

De façon plus générale, la composition des sources de recettes peut avoir un impact considérable sur la façon dont l'utilisation des soins est répartie parmi la population et, peut-être, sur le niveau et le coût général des soins. Ici, il y a deux écoles de pensée diamétralement opposées — l'une qui invoque la théorie économique traditionnelle et l'autre qui repose sur les perceptions des prestateurs de soins de santé.

La théorie économique standard est enseignée dans les cours d'économique de premier niveau et diffusée dans les périodiques d'affaires. Si les gens doivent payer davantage pour les soins qu'ils reçoivent en puisant dans leurs propres ressources, ils auront tendance en moyenne à limiter l'utilisation qu'ils en font. Un déplacement au détriment des tiers payeurs, publics ou privés, vers une plus grande participation directe des utilisateurs devrait donc abaisser les coûts globaux du système. Ceux-ci baisseront encore davantage si les gens commencent à se comporter en « acheteurs prudents », c'est-à-dire en recherchant des fournisseurs à moindre coût et, ainsi, en exerçant une pression concurrentielle sur les prestateurs afin de limiter les prix. Dans le contexte de l'identité présentée précédemment, le fait de hausser C et d'abaisser T et/ou R entraîne une diminution de Q et, peut-être aussi, une baisse de P. Il en résulte une diminution de W et/ou Z; les revenus des prestateurs fléchissent et certaines ressources — en particulier des gens — quittent l'industrie.

La portée pratique de ce modèle théorique hautement simplifié du comportement humain et institutionnel a soulevé passablement de controverse, divisant les économistes en camps distincts qui ont tendance à respecter les lignes de démarcation nationales et idéologiques. Mais il s'agit essentiellement d'une question *empirique* : Cette prédiction tient-elle ou non? De façon plus générale, dans quelles circonstances pourrait-elle tenir? Cette question empirique doit être dissociée de la question *normative* : Si cette prédiction est valide, constitue-t-elle un argument en faveur, ou contre, les frais d'utilisation? Traditionnellement, les défenseurs de l'assurance ou de la prestation publique — et les partisans des subventions publiques à l'assurance privée — ont fondé leurs arguments sur l'hypothèse que l'abolition des obstacles financiers aux soins était, de fait, une *bonne* chose, parce qu'elle permettait aux gens d'obtenir les soins dont ils ont besoin, améliorant ainsi la santé de la population en général. Dans l'ensemble, des valeurs plus élevées

de Q — et donc des dépenses plus élevées — voudraient dire qu'une plus grande partie des besoins étaient satisfaits et que la santé s'en trouvait améliorée.

À l'opposé, certains économistes préconisent l'imposition de frais d'utilisation en faisant valoir qu'une *réduction* de l'utilisation globale des soins favorise une « répartition optimale des ressources » au sein de l'économie, ce qui est forcément une bonne chose. Malheureusement, ce jugement de valeur repose sur une erreur théorique, qui découle d'une compréhension incomplète de la théorie de l'économie du bien-être. La nature de cette erreur doit être clairement appréciée afin de comprendre pourquoi des économistes arrivent à des conclusions si différentes de celles de la plupart des autres participants au débat sur la politique de santé, et d'évaluer la pertinence de leurs conclusions.

L'« efficience », au sens où ce terme est employé en théorie économique, a une signification technique très spéciale, qui ne fait pas nécessairement intervenir un jugement sur ce qui est mieux ou pire. Les profils « efficients » de répartition des ressources peuvent être, pour reprendre les termes de A. K. Sen, « tout à fait dégoûtants » sur le plan de l'éthique. Il est donc trompeur d'utiliser ce terme dans son acception technique dans une discussion avec des non-économistes qui supposeront généralement — inspirés par l'usage général — que l'« efficience » est nécessairement une bonne chose (Reinhardt, 1992; Barer et Evans, 1992; Culyer et Evans, 1996).

Selon la signification technique du terme « efficience », la consommation de soins de santé (ou de tout autre bien) par des gens qui ne sont pas « disposés » à payer (ou « incapables » de le faire) est définie comme « inefficiente » peu importe les besoins de la personne ou l'efficacité des soins. À l'inverse, la consommation inefficace, voire nuisible, de soins par des personnes disposées à payer (même si elles ne paient pas en réalité!) est définie comme « efficiente ». À titre d'exemple, le fait que les services de santé mentale en Ontario sont utilisés principalement par des personnes se trouvant dans la partie inférieure de l'échelle des revenus et démontrant les problèmes les plus graves, tandis qu'aux États-Unis ils sont utilisés principalement par des personnes se trouvant dans la partie supérieure de l'échelle des revenus pour des problèmes beaucoup moins sérieux (Katz et coll., 1997), devrait, dans cette perspective, témoigner d'une répartition plus « efficiente » des soins psychiatriques aux États-Unis.

Mais un tel jugement ne recueillerait pas une large adhésion au Canada ni même, on peut le penser, aux États-Unis. (Ou parmi les économistes en tant que citoyens, une fois libérés de leur carcan théorique.) La plupart des gens semblent considérer les systèmes de soins de santé comme des mécanismes sociaux visant à améliorer ou à maintenir la santé et à atténuer la souffrance, à un coût raisonnable et réparti équitablement parmi la population. Il est possible que nous n'ayons pas une définition claire ou précise de ces termes et nous pouvons être en désaccord sur leur interprétation. Mais rien n'indique que les citoyens en général acceptent l'argument normatif selon lequel les gens devraient recevoir uniquement les soins qu'ils sont disposés à payer et en mesure de défrayer. Dans le cas contraire, l'assise normative de l'argument économique standard disparaît. L'« efficience allocative », au sens habituel de cette expression en économique, perd alors toute pertinence.

Ce qui est toujours pertinent, cependant, est un argument d'un ordre tout à fait différent, souvent confondu avec le premier. Ainsi, on affirme souvent dans les débats publics au Canada qu'une réforme du régime de paiement au détriment des tiers payeurs vers une contribution directe des patients accroîtra l'efficacité générale du système de soins de santé en décourageant la consommation « frivole » de soins et en libérant des ressources pour offrir de meilleurs soins à ceux qui en ont réellement besoin, des soins indûment retardés ou refusés — rationnés — à l'heure actuelle. Cet argument mène à une autre affirmation du même genre : le système de soins de santé est « sous-financé » puisque des besoins ne sont pas satisfaits et que des soins requis ne sont pas dispensés, en raison du fait que le système public ne peut ou ne veut pas répondre à tous ces besoins.

Si l'argument économique simpliste affirme que (dans un contexte empirique) un déplacement vers un système de paiement prévoyant une plus grande participation des patients abaisserait globalement l'utilisation et les coûts, et que (dans un contexte normatif) cela serait une bonne chose, ce dernier argument soutient qu'en faisant une plus large place aux modes de financement privés (principe de l'utilisateur-payeur et/ou assurance privée) il y aurait une *augmentation* globale de l'utilisation et des coûts et que *cela* serait une bonne chose. Le critère d'interprétation de ce qui est « bien » est l'effet imputé à un plus grand volume de soins sur la santé, comme dans le cas de l'argument voulant que la participation financière directe contribue à libérer des ressources en décourageant l'utilisation « abusive » du système de soins de santé de la part des patients qui consomment « frivolement » des soins qui ne comblent pas des besoins réels. En revanche, la théorie économique élémentaire demeure silencieuse sur la relation possible entre les soins et la santé. Le jugement normatif — qui ne peut découler de la théorie économique elle-même, mais doit lui être juxtaposé — affirme simplement que les gens devraient obtenir uniquement ce qu'ils sont prêts à payer, ou en mesure de défrayer[19]. La santé, en soi, n'entre pas en ligne de compte.

Les données empiriques concernant l'effet des frais imposés aux usagers sur l'accès global aux soins ou leur utilisation sont partagées et leur interprétation, comme toujours, est controversée (Barer et coll., 1998; Robinson, 2002). Logiquement, il semble que les frais d'utilisation, s'ils sont suffisamment élevés (et appliqués), *devraient* restreindre certaines formes d'utilisation, à tout le moins de la part de certaines personnes. Et il y a de solides preuves démontrant que, dans les intervalles observés, c'est ce qui se produit — à tout le moins pour les services dispensés par les médecins et pour les médicaments. Mais les données montrent tout aussi clairement que ces frais ne découragent pas de façon sélective uniquement les services non nécessaires ou « superflus ». Comme il est prévisible, le principal effet des frais d'utilisation est de réduire l'utilisation des soins parmi les personnes à faible revenu. En outre, pour les médicaments du moins, les données révèlent un effet négatif sur la santé parmi les personnes dont l'utilisation s'est trouvée limitée (Tamblyn et coll., 2001; Kozyrskyj et coll., 2001). Ainsi, l'objectif de la « répartition optimale des ressources » que vise l'économiste ne semble atteignable qu'au coût d'une détérioration de l'état de santé, notamment parmi les personnes en moins bonne santé et celles qui sont moins nanties.

Mais le fait que les frais d'utilisation puissent limiter l'utilisation des soins par certaines personnes ne constitue pas la preuve d'une réduction globale de l'utilisation et du coût des soins. Une telle supposition est appelée, en logique, une « erreur de composition ». Dans la mesure où

le niveau global d'utilisation est déterminé par la capacité du système ou, plus généralement, par les décisions et les comportements des prestateurs, il est assez facile de concevoir que le fait de réduire l'utilisation chez certains peut entraîner une utilisation accrue par d'autres. C'est en fait ce que les données canadiennes semblent indiquer. En particulier, une étude minutieusement réalisée sur la situation « avant et après » l'adoption de l'assurance-santé au Québec fait précisément ressortir ce résultat : une augmentation de l'utilisation parmi les personnes à faible revenu, une diminution de l'utilisation parmi les personnes à revenu élevé et, dans l'ensemble, aucun changement dans la prestation totale des services (Enterline et coll., 1973a, b; McDonald et coll., 1974; Siemiatycki et coll., 1980; voir aussi Barer et coll., 1998).

Que les frais d'utilisation aient ou non tendance à limiter les dépenses totales dépend plutôt de leur effet sur les prix et sur la consommation de soins. Le lien négatif présumé entre C et Q est habituellement perçu comme n'ayant aucun effet, sinon un effet négatif, sur les prix et les honoraires. Pourtant, les groupes de médecins au Canada ont systématiquement réclamé le droit de surfacturer les patients pour le motif que cela offrirait une « valve de sécurité » si les gouvernements provinciaux limitaient de façon trop énergique leurs honoraires. Ils ont affirmé que les médecins recourraient à la surfacturation d'une façon qui n'imposerait pas un fardeau excessif aux patients ou qui ne restreindrait pas l'accès aux soins. Cela suppose que l'augmentation de C n'entraîne *pas* une diminution de Q, mais uniquement une hausse de P — globalement, des coûts *plus élevés* pour les soins et des revenus *plus élevés* pour les médecins.

Cet argument semble convaincant. Il est difficile de comprendre pourquoi les médecins réclameraient avec autant d'insistance une politique qui abaisserait leurs revenus en réduisant leur charge de travail, sans rajustement correspondant de leurs honoraires. Cependant, l'argument invoqué par les médecins convient davantage à la rubrique *Qui est rémunéré?* parce qu'il est lié à une revendication en vue d'obtenir des revenus relatifs plus élevés plutôt qu'à une préoccupation à l'égard des profils d'utilisation des soins. Toutefois, il soulève la question plus générale de savoir pourquoi on pourrait préconiser le recours au financement privé — frais d'utilisation ou assurance privée — afin d'accroître l'utilisation et/ou les coûts des soins de santé.

L'argument est, à sa base, très simple. On affirme que les coûts requis pour répondre aux besoins des patients augmentent rapidement, alors que la population vieillit, que la technologie progresse et que les attentes du public augmentent. Mais les gouvernements ne peuvent percevoir suffisamment d'argent auprès d'un public déjà surtaxé pour être en mesure de répondre à ces besoins. Par conséquent, il est nécessaire de recourir au financement privé, auprès des « personnes qui en ont les moyens », pour suppléer aux ressources publiques. Ne pas recourir au financement privé serait préjudiciable à la santé des patients. C.Q.F.D.

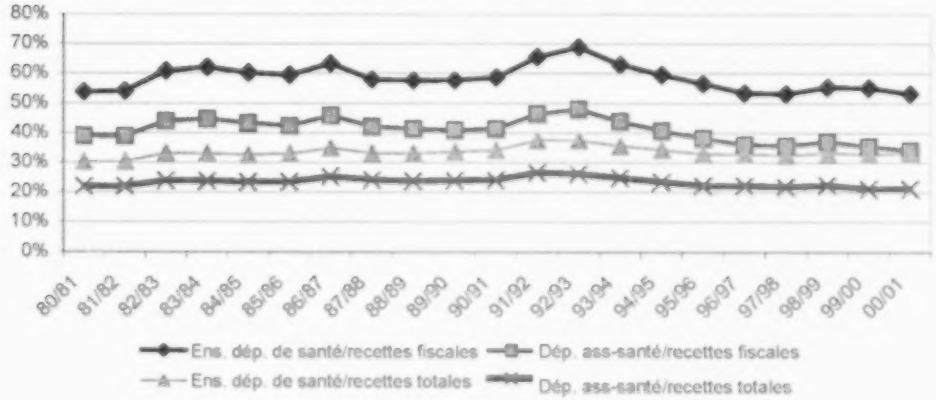
Mais de tels arguments renferment à la fois des erreurs de fait et des failles logiques. Tout d'abord, l'affirmation selon laquelle les dépenses publiques consacrées à la santé absorbent une part croissante du revenu national ou des recettes fiscales est tout simplement fausse. Les dépenses consacrées aux programmes d'assurance-santé, aux soins médicaux et aux soins hospitaliers absorbaient exactement le même pourcentage du produit intérieur brut (PIB) en 2001 (4,22 p. 100) qu'en 1981 (4,11 p. 100). Ce ratio est demeuré pratiquement constant au cours des cinq dernières années et est un point de pourcentage inférieur au sommet de 5,28 p. 100

enregistré en 1992 et demeure inférieur à ce qu'il a été au cours de toutes les années de 1982 à 1996 (ICIS, 2001).

La figure 7 montre les dépenses des gouvernements provinciaux au titre des programmes d'assurance-santé et des soins de santé en général, en comparant la moyenne canadienne à l'ensemble des recettes provinciales et aux recettes fiscales des provinces entre 1980-1981 et 2000-2001. Les dépenses consacrées à l'assurance-santé ont absorbé 34 p. 100 des recettes fiscales des provinces en 2000-2001, ce qui est bien *en deçà* du niveau de 38,9 p. 100 observé en 1980-1981 (Canada, ministère des Finances, 2002; ICIS, 2002). Ce ratio a atteint un sommet de 48 p. 100 en 1992-1993, dans le sillage de la récession de 1989-1991, mais il a diminué rapidement par la suite durant les années 90. Tous les ratios présentés à la figure 7 montrent la même tendance; les conditions économiques en général et non l'« explosion » des coûts des soins de santé, sont à l'origine des tensions budgétaires de la dernière décennie. Par rapport aux recettes des provinces, tant les dépenses pour l'assurance-santé que l'ensemble des dépenses provinciales au titre de la santé se situent au niveau ou sous le niveau enregistré au début des années 80.

Il est tout de même vrai que les dépenses de santé des provinces ont augmenté en proportion des dépenses totales des programmes, et cela est à l'origine de l'argument voulant que la hausse des coûts des soins de santé « déplace » d'autres programmes publics. Mais ce « déplacement » traduit non pas l'escalade rapide des dépenses de santé mais un déclin relatif des dépenses consacrées aux autres programmes. Les gouvernements provinciaux se sont efforcés de rétablir leur équilibre budgétaire et de supprimer les déficits accumulés au cours des années 80 et de la récession du début des années 90. Ce processus est maintenant achevé et, dans l'ensemble, les gouvernements provinciaux enregistrent maintenant des excédents[20].

FIGURE 7 : Dépenses des provinces pour l'assurance-maladie et la santé en général, en pourcentage des recettes fiscales et des recettes totales, 1980-1981 à 2000-2001



Si les dépenses de santé ne débordent pas actuellement la capacité budgétaire des pouvoirs publics, on pourrait néanmoins soutenir qu'elles le feront dans un avenir rapproché. Mais on a démontré de façon répétée que l'argument familier de la « population vieillissante » ne résiste pas à une analyse quantitative (voir, par exemple, Barer et coll., 1995, 1998; Evans et coll., 2001), tandis que les arguments invoquant le progrès technologique et/ou les attentes du public reposent sur des hypothèses au sujet des choix politiques et non sur des projections du cours inévitable de l'histoire (Evans, 2002c).

Ainsi, on n'a jamais établi clairement pourquoi les gouvernements au Canada ne peuvent affecter des ressources publiques suffisantes en vue de répondre aux besoins de santé de la population. Le niveau de financement public relève d'un choix politique et, en dépit des affirmations à l'effet contraire, il n'y a pas de données convaincantes montrant que les Canadiens sont « surtaxés » au sens où cela nuit d'une certaine façon à la performance de l'économie. Des enquêtes révèlent que les Canadiens sont prêts à accepter des niveaux d'imposition plus élevés pour maintenir et étendre la portée des régimes publics de soins de santé. On trace souvent des comparaisons avec les fardeaux fiscaux aux États-Unis, mais ces comparaisons négligent le fait que le niveau de financement fiscal des soins de santé aux États-Unis, en proportion du revenu national, est sensiblement *plus élevé* qu'au Canada.

L'argument selon lequel les gouvernements n'ont pas les moyens de répondre aux besoins croissants de soins de santé est souvent présenté sous la rubrique de « l'atténuation de la pression qui s'exerce sur le système public », mais la mesure dans laquelle le financement privé peut intervenir en ce sens dépend de l'origine présumée de cette pression. Si le système public subit la contrainte de pénuries de personnel, il est difficile de voir comment une augmentation du financement privé pourrait atténuer la pression qui en résulte. Un système privé « parallèle » ne ferait que détourner du personnel du système public en offrant une rémunération plus élevée, payée en imposant des prix plus élevés aux patients sur le marché privé et réduisant du même coup la capacité du système public. Comme sur tout autre marché privé, la réponse à « Qui reçoit? » est : ceux qui ont les moyens de payer et qui sont disposés à le faire.

Par ailleurs, certains chirurgiens affirment qu'ils travaillent bien en deçà de leur capacité, en raison d'un accès limité aux salles d'opération. Les spécialistes en diagnostic disent à peu près la même chose, en invoquant des pénuries de matériel. Ces contraintes pourraient être résolues grâce à un plus grand apport de fonds en provenance de sources privées et, en fait, cela semble se produire avec l'expansion des cliniques privées. (Ces développements soulèvent diverses questions, mais la présente étude porte sur les conséquences des différents modes de financement, et non des modes de prestation.)

Ce qu'il est possible d'affirmer avec quelque certitude, toutefois, est que les installations publiques et privées « distinctes mais égales » ne seraient ni distinctes ni égales, pour des raisons économiques tout à fait évidentes. Si un système de soins privé et distinct devait « atténuer la pression qui s'exerce sur le système public » dans un contexte où l'accès et la qualité perçus seraient les mêmes dans les deux systèmes, aucune personne rationnelle ne débourserait pour avoir accès au système privé. Les différences entre les deux, perçues ou réelles, doivent être suffisantes pour maintenir un écart de prix.

D'ailleurs, ces distinctions ne seraient pas difficiles à maintenir si, comme il arrive souvent dans les régimes à deux volets, les mêmes professionnels ont la possibilité de travailler à la fois dans le secteur public et le secteur privé. Il est clair qu'il existe une incitation économique à manipuler l'accès au système public de manière à détourner des patients vers la pratique privée, plus lucrative, ainsi qu'à limiter le temps et l'effort consacrés au système public. Qu'il s'agisse du régime *Medicaid* destiné aux pauvres aux États-Unis, ou du *National Health Service* en Grande-Bretagne, ou encore de la situation observée en Australie, en Israël, en Grèce ou ailleurs, la même histoire se répète. Si les professionnels ont la possibilité de gagner davantage dans un cadre que dans l'autre, le cadre offrant des prix plus élevés attirera leurs efforts et leur attention, ainsi que leurs patients. Comme on peut s'y attendre, le degré de distorsion semble dépendre de l'importance de l'écart de rémunération et de la culture médicale qui prévaut.

Aucune distorsion de ce genre n'apparaît si les patients peuvent aller « vers le secteur privé » dans le cadre d'un système totalement distinct, comme c'est le cas des Canadiens qui vont se faire soigner aux États-Unis à leurs frais. Mais contrairement à la rhétorique dominante, très peu de personnes le font — leur nombre n'est certes pas suffisant pour soutenir un marché privé indépendant (Katz et coll., 2002). Cela nous incite à penser que la survie d'un système à deux volets repose, en fait, sur le maintien d'un écart important au niveau de l'accès et/ou de la qualité perçue entre les deux volets. Mais il n'est pas nécessaire que les prestateurs « manipulent » le système pour qu'un tel écart apparaisse. Un gouvernement déterminé à recourir davantage à la participation privée et à la prestation privée de soins pourrait maintenir un tel écart simplement en rationnant les installations du secteur public et en permettant à des investisseurs privés d'offrir, à forfait, de tels services sur le marché privé. Le financement privé interviendrait alors pour étendre la portée de « Qui reçoit? », mais les patients du secteur public et du secteur privé n'obtiendraient pas les mêmes choses.

Qui est rémunéré (combien, pour faire quoi)?

Différents modes de financement peuvent avoir des conséquences différentes quant au total des revenus tirés du secteur des soins de santé — qui est égal, comme nous l'avons souligné, aux dépenses totales en soins de santé et aux recettes totales. Mais ils peuvent aussi avoir des répercussions importantes sur *qui* est rémunéré, combien et pour quels genres d'activités.

Tel qu'illustré à la figure 3, les gens sont payés pour offrir divers types de ressources aux entreprises qui produisent des biens et services liés aux soins de santé. Mais ils sont payés également pour fournir les services administratifs et « généraux » connexes, en l'absence desquels la prestation des soins de santé à grande échelle et de façon coordonnée serait impossible. Les frais généraux administratifs sont un élément essentiel d'un système moderne de soins de santé et des gens sont rémunérés pour fournir ces services. Mais le niveau des frais généraux varie considérablement, selon la façon dont est organisé le système de prestation et selon les canaux de financement employés.

Ces différences sont de deux ordres. Une catégorie de frais généraux, celle des « dépenses administratives et des paiements par anticipation », a trait aux coûts d'exploitation des organisations, publiques et privées, qui réunissent les fonds pour les remettre ensuite aux prestateurs. Le second niveau de dépenses administratives se retrouve au sein des organisations prestatrices — les cliniques, les hôpitaux et les autres établissements du même genre, pour la gestion de leurs affaires internes et l'interaction avec les organismes de financement externes. Une analyse comparative des systèmes de soins de santé a démontré de façon concluante que l'assurance privée nécessite des frais généraux administratifs beaucoup plus élevés, pour le remboursement tant des organismes que des prestateurs, que les systèmes publics. Ces écarts ne sont pas difficiles à comprendre.

La fonction principale des entreprises privées d'assurance est la souscription, l'évaluation du risque relatif de différents assurés potentiels, et l'établissement de primes pour différents groupes selon leur niveau de risque. La facturation, l'administration des réclamations et la commercialisation viennent se rattacher à cette fonction de base. La rentabilité dépend fondamentalement de la capacité d'évaluer avec précision les différents risques en présence. Si le risque associé à une politique a été sous-estimé et que la prime a été fixée à un niveau trop bas, il en résulte une perte; si l'estimation et les primes sont trop élevées, un rival peut remporter le marché.

Mais si une décision politique a été prise de percevoir des cotisations basées sur la capacité de payer plutôt que le risque, les fonctions de souscription et de commercialisation ne sont plus requises. Dans un système universel basé sur la fiscalité, il n'est alors plus nécessaire de défrayer ces activités et les coûts correspondants disparaissent. Comme on peut s'y attendre, les entreprises privées d'assurance ont tendance à s'opposer farouchement à la disparition de leurs marchés et, aux États-Unis, elles ont mené avec succès des campagnes contre l'adoption d'un régime national d'assurance-santé. Mais le point essentiel est que les systèmes publics peuvent assurer le financement, administrer les réclamations et étaler les risques parmi la population de façon plus efficiente que des entreprises privées. Le produit exclusif qu'offrent les entreprises privées — à un coût additionnel considérable — est la différenciation des primes selon le risque,

permettant d'identifier les personnes qui ont une moins bonne santé et de leur réclamer un tarif plus élevé. Si c'est là la façon dont nous voulons collectivement financer notre système de soins de santé, alors les services qui constituent la spécialisation des assureurs privés peuvent en valoir le coût. Mais dans le cas contraire, ils n'ont pas de valeur.

Au Canada, le coût estimatif des dépenses administratives et des paiements anticipés représentait, en 1999, 13,6 p. 100 du total des montants versés aux assureurs privés. En revanche, les déboursés totaux déclarés au titre des dépenses administratives et des paiements anticipés dans le secteur public ne représentaient qu'un pour cent des déboursés pour les services hospitaliers et médicaux. Les données américaines révèlent un profil semblable : sur un total de 80,9 milliards de dollars consacrés aux dépenses administratives et aux paiements anticipés en 2000, 53,1 milliards de dollars ont été déboursés par les assureurs privés tandis que 21,5 milliards de dollars provenaient des programmes publics *Medicare* et *Medicaid*. Ces sommes représentaient, respectivement, 19,6 et 6,3 p. 100 des déboursés totaux faits par ces canaux (Levit et coll., 2002). Pour le seul programme fédéral *Medicare*, qui se rapproche le plus du régime d'assurance-santé du Canada, le pourcentage de frais administratifs atteignait 3,3 p. 100. Les complexités du financement dans le contexte beaucoup plus fragmenté du système de soins de santé américain ajoutent sensiblement aux coûts administratifs tant du secteur public que du secteur privé, mais l'écart demeure très important.

L'écart de coûts administratifs peut, en réalité, être beaucoup plus grand qu'il ne ressort du système de paiement. Les systèmes de financement complexes nécessitent des systèmes administratifs tout aussi complexes dans les institutions qui assurent la prestation des soins. Deux chercheurs américains ont produit une série d'études qui évaluent les écarts de coûts administratifs entre le Canada et les États-Unis (Himmelstein et Woolhandler, 1986; Himmelstein et coll., 1996; Woolhandler et Himmelstein, 1991, 1997; Woolhandler et coll., 1993). Ces auteurs ont estimé les coûts comparatifs tant dans les organismes de paiement que dans les hôpitaux et d'autres organismes de prestation des soins devant composer avec une grande variété de formes et de niveaux de protection qui ne cessent de changer. Le simple besoin de déterminer si un patient est assuré et, le cas échéant, pour quels services, constitue une importante tâche administrative dans un contexte de marché hautement fluide et concurrentiel.

Combinant les deux formes de frais généraux, ceux des prestateurs et ceux des payeurs, les auteurs ont produit des estimations des coûts administratifs *excédentaires*, par rapport à un système universel à payeur public unique comme celui du Canada, qui se situent autour de 10 p. 100 ou plus des dépenses totales de santé dans l'ensemble du pays. Ces coûts administratifs excédentaires représentent près de la moitié de l'écart entre le Canada et les États-Unis dans la part du PIB consacrée aux soins de santé. Si des fonds étaient transférés des activités administratives aux soins cliniques, ils suffiraient à assurer une protection complète à tous les Américains (plus de 40 millions de personnes) qui n'ont actuellement aucune protection sous forme d'assurance.

Mais toutes ces dépenses administratives excédentaires représentent une rémunération versée à d'autres intervenants — administrateurs, comptables, actuaires, avocats, vendeurs de toutes catégories, spécialistes des marchés de capitaux privés — et aux investisseurs privés. Leurs services peuvent contribuer peu, voire aucunement, à la santé d'une personne, mais ils *sont*

néanmoins rémunérés, souvent fort généreusement. Et c'est l'essence de la question « Qui est rémunéré? » — le choix du mécanisme de financement détermine si des revenus seront, ou non, disponibles pour ces gens.

Les frais généraux de l'assurance privée au Canada, même s'ils sont importants comparativement à ceux du secteur public, n'ont aucune mesure avec ceux des États-Unis, lorsqu'ils sont exprimés par habitant. La différence peut être imputée au fait que le marché canadien n'est ni très important ni très concurrentiel. En outre, il est concentré dans les secteurs des soins de santé — les soins dentaires et les médicaments — où la variance dans les dépenses d'une personne à l'autre est relativement restreinte (bien que cela soit visiblement en train de changer dans le cas des médicaments). En conséquence, le rendement sur les importants investissements faits au niveau de l'identification des risques et de la commercialisation n'a pas été aussi élevé que sur le marché américain, beaucoup plus dynamique et concurrentiel. Les accords commerciaux actuellement en place ont ouvert le marché canadien de l'assurance à la concurrence continentale; nous devons probablement nous attendre à ce qu'il en vienne à ressembler davantage au marché américain s'il devient suffisamment important pour retenir l'attention.

Les données sur les coûts administratifs de l'assurance privée sont relativement claires et rarement contestées par les analystes des systèmes de soins de santé. Les effets de la répartition entre les déboursés directs et les autres formes de financement sur « Qui est rémunéré? » sont eux-mêmes plus variés et dépendent de la façon dont sont organisées les modalités de paiement. Tel qu'indiqué précédemment, les représentants des médecins ont, depuis de nombreuses années, réclamé le droit de facturer les patients en sus des barèmes de remboursement des provinces, pour le motif explicite que cela leur permettrait de toucher des honoraires et des revenus plus élevés. Dans l'identité précédente, P augmenterait sans réduction (significative) de Q, et les dépenses totales de santé augmenteraient.

Il semble probable que toute forme de frais d'utilisation perçus par les médecins (ré)ouvrirait la porte à la surfacturation — à partir du moment où les patients doivent débourser pour des soins, il peut leur être difficile de déterminer combien ils doivent débourser et si un professionnel ajoute des honoraires supplémentaires à sa discrétion. Par ailleurs, si les déboursés faits dans le cadre de l'assurance-santé étaient ajoutés, en tout ou en partie, au revenu imposable, il serait relativement facile, d'un point de vue administratif, de maintenir l'interdiction visant la surfacturation. Quant à savoir si cela pourrait être maintenu politiquement, c'est là une autre question.

Les frais d'utilisation pour les services hospitaliers ne semblent pas soulever le même problème; le montant de ces frais pourrait simplement être déduit du budget global accordé par la province à l'hôpital. Bien entendu, l'hôpital aurait à assumer des coûts administratifs supplémentaires pour comptabiliser et percevoir les frais d'utilisation. Ces coûts pourraient être élevés — aux États-Unis, le service des finances d'un hôpital représente un ajout d'au moins 10 p. 100 au budget de l'établissement — si un important marché concurrentiel se développait pour l'assurance privée. Dans l'identité précédente, cela représente une augmentation de Z et P, parallèlement à C — plus de gens employés dans les hôpitaux, à un coût plus élevé, sans augmentation correspondante de la production de soins. C'est exactement ce qui s'est produit

dans le système américain depuis deux décennies — « des coûts sans avantages correspondants », comme l'ont énoncé succinctement Himmelstein et Woolhandler (1986) — mais il semble improbable que cela survienne au Canada à court terme à défaut d'une expansion spectaculaire de la protection privée.

Notons que ce point se distingue du débat sur l'incidence de la *prestation* privée des services hospitaliers. Les partisans d'une telle formule font valoir que cela favoriserait une plus grande efficience au niveau de la prestation — représentée par une hausse de la productivité, ou du ratio de Q à Z dans l'identité fondamentale. Les coûts unitaires chuteraient — une baisse de P — permettant de réduire les dépenses ou d'accroître la production, ou même les deux. Les opposants affirment qu'il n'y a aucune preuve à l'appui de cette hypothèse et que l'objectif réel est de « démanteler » les syndicats — abaisser les salaires et transférer des revenus vers les gestionnaires et les investisseurs du secteur privé sans gain net. Ils soulignent également les données révélant des écarts systématiques dans la qualité des soins entre les établissements publics et privés (voir, par exemple, Devereaux et coll., 2002), probablement en conséquence de la réduction des coûts visant à accroître les bénéfices. La présente étude n'aborde que la question du choix des mécanismes de financement, sans se prononcer sur celle de la prestation des soins.

L'expérience acquise avec les régimes de financement mixtes (publics-privés) pour les médicaments illustre ce qui pourrait constituer l'enjeu le plus important sous le thème « Qui est rémunéré? » Au Canada et ailleurs, les programmes universels financés à même les impôts ont montré que les gouvernements — lorsqu'ils ont la volonté requise — parviennent beaucoup plus efficacement à contrôler les coûts que toute institution du secteur privé. Quant à savoir si ce contrôle est une bonne ou une mauvaise chose — les opinions ont tendance à diverger entre les payeurs et les bénéficiaires des paiements — il ne fait aucun doute que le financement par les pouvoirs publics limite les perspectives de revenu dans la prestation des soins de santé. Cela pourrait expliquer l'opposition farouche et par ailleurs anormale de l'industrie pharmaceutique à l'assurance-médicaments universelle au Canada.

Celle-ci semble partager l'avis du Forum national sur la santé (1997) qui estime qu'un programme d'assurance-médicaments dont les coûts seraient partagés entre les gouvernements fédéral et provinciaux modifierait les incitations qui agissent sur ces gouvernements en faveur de mesures de contrôle plus rigoureuses. Dans un système à payeurs multiples, il semble politiquement moins coûteux de ne pas affronter l'industrie mais de réagir à l'escalade des coûts en en transférant une plus grande part aux usagers. Du point de vue de l'industrie, c'est le meilleur des mondes, les gouvernements acceptant de prendre en charge ceux qui n'ont pas les moyens d'acheter des médicaments, mais tout en étant incapables ou non disposés à exercer globalement un contrôle sur les coûts et les ventes. Un programme national d'assurance-médicaments semblable à l'assurance-santé pourrait par contre « les mettre en alerte », avec pour conséquence une diminution des recettes et des bénéfices des fabricants de médicaments et des taux moins élevés d'augmentation des coûts[21].

La triple menace : les comptes d'épargne médicale

Les modèles de financement hybrides qui entrent dans la catégorie générale des comptes d'épargne médicale sont plus difficiles à étiqueter parce qu'ils auraient probablement des effets significatifs sur les trois dimensions : *Qui paie?*, *Qui reçoit?* et *Qui est rémunéré*?

Les partisans de ces formules affirment qu'elles permettraient de réduire globalement les coûts des soins de santé tout en offrant aux gens une plus grande latitude sur la façon de dépenser les sommes inscrites dans leurs comptes. Puisque ces formules supposent une augmentation des frais d'utilisation pour les plus gros utilisateurs de soins et qu'elles sont censées abaisser les coûts totaux, elles entraîneraient un déplacement de la structure de financement des ressources fiscales vers le principe de l'utilisateur-payeur. La réponse à « Qui paie? » prend alors un caractère plus régressif. Mais en élargissant les choix qui s'offrent aux utilisateurs et les possibilités de facturation pour les prestateurs elles modifieraient la composition de « Qui est rémunéré? » En outre, étant donné que ces formules transfèrent une plus grande part des ressources publiques vers les personnes qui consomment le moins de soins, en les retirant des plus gros utilisateurs, on peut s'attendre à un déplacement de la composition de « Qui reçoit? » en faveur des mieux nantis.

Cependant, des critiques ont mis en relief la concentration très élevée des dépenses de santé parmi un groupe relativement restreint de personnes très malades, une concentration qui persiste dans le temps. Comme le soulignent Forget et coll. (2002), une simulation d'un modèle représentatif de comptes d'épargne médicale à l'aide de données réelles sur l'utilisation et les dépenses correspondantes au Manitoba montre que la majorité des gens n'atteindraient pas la limite de leur compte — à moins d'accroître considérablement leurs dépenses en produits liés à la santé. Les quelques personnes qui engendrent des coûts très élevés passeraient dans la catégorie « catastrophique », où les dépenses (à la marge) seraient entièrement remboursées. Pour ces personnes, le « compte d'épargne médicale » représenterait l'imposition d'une taxe égale à la différence entre l'allocation versée à leur compte et le seuil catastrophique — un impôt universel sur les personnes très malades. Seules les personnes dont les dépenses annuelles se situent dans l'intervalle entre le solde de leur compte et le seuil catastrophique auraient une incitation financière à limiter leur consommation de soins.

Par ailleurs, la majorité de la population, qui est essentiellement en santé, aurait la possibilité de dépenser des fonds publics pour une gamme beaucoup plus étendue de services de santé désignés, mais ferait face à des prix plus élevés de la part des prestateurs dorénavant libérés de la contrainte de la négociation avec le secteur public. Comme le montrent Forget et coll., une augmentation des déboursés admissibles parmi cet important groupe pourrait facilement combler et même largement dépasser toute baisse des coûts résultant d'une plus grande sensibilité aux prix parmi les personnes se trouvant dans l'intervalle entre le solde de leur compte et le seuil catastrophique. L'analyse de ces auteurs incite à penser que les comptes d'épargne médicale contribueraient probablement à accroître les dépenses publiques et les dépenses totales en soins de santé (et, partant, les revenus des prestateurs)[22]. Mais cette formule alourdirait certainement le fardeau financier imposé aux personnes relativement ou très malades, tout en élargissant la gamme des dépenses possibles pour les personnes en santé.

Forget et coll. présentent la critique la plus récente, mais certes pas la première (voir Deber, 1999; Hurley, 2000; Schaafsma, 2002), des propositions centrées sur un compte d'épargne médicale, en s'appuyant sur des données empiriques. En revanche, les partisans de cette formule n'ont offert aucune analyse empirique crédible à l'appui de leurs affirmations. Leurs chiffres ne font tout simplement pas le compte, soulevant un doute justifié quant à leurs motivations réelles[23].

> ... Les comptes d'épargne médicale ne procureront aucune économie; au contraire, la plupart des formules entraîneraient une augmentation des dépenses pour les personnes les plus en santé au sein de la population ... sans accorder beaucoup d'attention au caractère approprié de ces dépenses ou à leurs avantages sur le plan de la santé ... Lorsqu'on ajoute à ce tableau ... les préoccupations en matière d'équité ... les comptes d'épargne médicale ont très peu à offrir pour justifier une recommandation. Il est grand temps que ces propositions soient mises de côté.
> (Forget et coll., 2002, p. 146-147, traduction)

Quels sont les objectifs d'une restructuration des sources de financement?

« Pourriez-vous me dire, s'il vous plaît, quel chemin je dois prendre à partir d'ici? », dit Alice.
« Cela dépend beaucoup de l'endroit où vous voulez aller. », répond le chat de Cheshire.

Comme nous l'avons indiqué au début, il semble peu probable qu'un système moderne de soins de santé puisse fonctionner sans que le financement public y joue un rôle de premier plan. En tout cas, il n'existe aucun système semblable à l'heure actuelle. Mais il est certainement possible de modifier la composition des sources de financement en laissant au financement public un rôle prépondérant. On observe des variations considérables entre les pays et, dans une moindre mesure, au sein de ceux-ci, sur un certain intervalle de temps. Quelle latitude pourrait s'offrir pour modifier la composition des sources de financement au Canada et quelles pourraient en être les conséquences?

L'analyse portera sur les déplacements possibles vers un plus grand rôle des sources privées dans le financement des services médicaux et hospitaliers parce que ces possibilités semblent dominer le débat public. Toute évolution vers un plus grand rôle des sources publiques de financement, notamment pour les médicaments d'ordonnance, soulèverait certaines questions très intéressantes. Mais l'adoption d'un programme national d'assurance-médicaments semble, pour l'instant, ne plus figurer à l'ordre du jour des gouvernements.

Comme le montre la figure 2, le Canada se trouve déjà au sommet de l'échelle des pays de l'OCDE pour ce qui est de la part du financement des soins de santé assurés provenant de sources privées[24]. Le financement privé des services médicaux et hospitaliers est par contre relativement modeste, soit 1,2 p. 100 environ pour les médecins et 7,4 p. 100 pour les hôpitaux (principalement pour les soins prolongés) en 2001 (ICIS, 2001). Une augmentation de ces pourcentages nous rapprocherait-elle du but que nous visons?

On ne saurait trop insister sur le fait que cette question concerne les *choix* de politique et les priorités publiques. Si nous posons plutôt l'axiome que le régime actuel d'assurance-santé est (ou sera bientôt) « sous-financé » et qu'il n'est plus possible de lever des fonds auprès des sources publiques, la nécessité d'une analyse supplémentaire se trouve alors considérablement réduite. La réponse doit résider du côté d'une augmentation des frais imposés aux usagers, sous une forme ou une autre, et peut-être d'une expansion de l'assurance privée pour permettre aux personnes qui en ont les moyens de se protéger contre ces frais. C'est là un exemple de « petitio principii » (pétition de principe), une erreur de logique où l'on prend pour axiome la conclusion souhaitée[25]. Nous pouvons éviter ce piège et examiner le bien-fondé de diverses sources de financement.

Il existe toute une gamme de possibilités et de propositions visant à déplacer les coûts du régime d'assurance-santé des budgets publics vers les budgets individuels, et une analyse détaillée de l'une d'elles représenterait, en soi, un important projet de recherche. Nous examinerons ici deux « formes pures » de frais d'utilisation, un taux de coassurance de 20 p. 100

applicable à toutes les dépenses publiques pour les soins hospitaliers et les services de médecins, et une franchise annuelle de 300 dollars par personne applicable aux même dépenses[26]. Les divers modèles hybrides examinés précédemment ressemblent essentiellement à ces deux modèles du point de vue de leurs effets.

Par souci de simplicité, nous supposons que ces montants sont facturés directement aux particuliers par le gouvernement (les parents seraient responsables de l'utilisation de ces services par leurs enfants), en conservant le système actuel de remboursement direct par un payeur unique. Tout déplacement vers un modèle semblable à l'assurance privée, dans lequel les particuliers paieraient eux-mêmes leurs factures pour ensuite en demander le remboursement au gouvernement, entraînerait probablement des changements majeurs — ainsi qu'une augmentation majeure des coûts — dans l'ensemble du système.

En faisant la moyenne pour l'ensemble du Canada, le secteur public a versé, en 2001, environ 1 000 dollars par personne pour les soins hospitaliers et 450 dollars par personne pour les services des médecins. En ne supposant aucun autre changement, une coassurance de 20 p. 100 permettrait de percevoir, en moyenne, environ 300 dollars par personne annuellement, c'est-à-dire 1 200 dollars pour une famille de quatre personnes, ce qui ajouterait environ 9 milliards de dollars aux recettes totales des provinces — une somme importante. Une franchise, en vertu de laquelle chaque personne rembourserait au Trésor public les dépenses engagées pour elle jusqu'à concurrence de 300 dollars par an, permettrait de lever (si chaque personne dépassait cette limite) à peu près le même montant auprès de la population canadienne, qui atteint environ 31 millions de personnes.

La part des coûts totaux des soins de santé au Canada provenant des déboursés directs augmenterait de plus 50 p. 100, passant de 16 à 26 p. 100, ce qui serait supérieur à tout autre pays apparaissant à la figure 1. La part du financement privé passerait d'environ 30 p. 100 à près de 40 p. 100, ce qui serait à peu près égal au ratio observé aux États-Unis (en tenant compte de la subvention sous forme de dépense fiscale) et bien au-dessus de ceux des autres pays de l'OCDE apparaissant à la figure 2. S'agit-il d'options sérieuses?

En un mot, non. Ni l'un ni l'autre de ces modèles de frais d'utilisation n'engendrera de tels montants et cela, pour la même raison : la proportion très élevée des services utilisés et des coûts représentée par un faible pourcentage de la population[27]. Le niveau « moyen » de dépenses est déterminé par un nombre relativement restreint de gros utilisateurs et un grand nombre de personnes dont l'utilisation est bien en deçà de la moyenne — certaines personnes ne font aucune utilisation de ces services.

Prenons d'abord le cas de la franchise. Forget et coll. (2002) constatent que la moitié de la population manitobaine qui consomme le moins de soins n'est responsable que de 4 p. 100 des dépenses consacrées aux services hospitaliers et médicaux. Si la moyenne globale est de 1 500 dollars, alors la moyenne de la moitié inférieure est de 120 dollars et celle de la moitié supérieure est de 2 880 dollars. En supposant qu'aucune personne appartenant à la moitié inférieure n'atteint le seuil de la franchise (Forget et coll. ne font pas état du niveau médian de dépense), alors la moitié inférieure ne contribuerait qu'environ 40 p. 100 du montant prévu, abaissant les recettes estimatives de 9 milliards de dollars à 7,2 milliards de dollars.

(Environ 15 p. 100 des gens ne verseraient aucune contribution.) Mais au sein de la moitié de la population qui fait une grande consommation de soins, le décile supérieur accapare la part du lion, avec des dépenses moyennes par personne d'environ 8 100 dollars. La moyenne pour le décile suivant est d'environ 1 600 dollars et, pour les trois déciles subséquents, soit entre 50 et 80 p. 100, elle n'est que de 520 dollars par personne. Si personne dans la moitié inférieure n'atteint le seuil de la franchise, il est presque sûr que certaines personnes appartenant à la moitié supérieure n'atteignent pas non plus ce niveau, ce qui abaisserait encore davantage les recettes perçues.

Une autre considération — non particulièrement étonnante — ressort de l'examen de la figure 4, à savoir que les personnes à faible revenu ont tendance à utiliser en moyenne plus de services. Il paraît probable que les personnes dont le revenu est inférieur à un certain niveau seront exemptées de la franchise. Si le décile inférieur de la répartition des revenus est ainsi exempté et si nous faisons l'hypothèse prudente que l'incidence de l'utilisation élevée n'est pas plus grande parmi ce groupe, le potentiel de recettes chute alors d'un autre 10 p. 100, pour s'établir à environ 6,5 milliards de dollars. Si, par ailleurs, les gros utilisateurs — qui auraient à débourser la totalité de la franchise, sont plus nombreux dans la tranche de revenu inférieure, la perte de recettes sera plus grande.

Même en tenant compte des faibles utilisateurs, des personnes n'utilisant pas les services de santé et des personnes très pauvres, il reste un potentiel respectable de recettes supplémentaires. Mais la franchise obligatoire commence à ressembler à une taxe universelle comportant une exemption entière ou partielle pour les personnes riches et les pauvres. Si l'objectif visé par cette franchise est simplement de percevoir des recettes, pourquoi ne pas imposer une taxe universelle de 300 dollars à l'ensemble de la population (encore une fois, en exemptant les plus pauvres), comme le font l'Alberta et la Colombie-Britannique avec leurs « primes » d'assurance-santé? On pourrait ainsi recueillir une somme sensiblement plus élevée sans que surgisse la question éthique de l'exemption des plus riches et de l'imposition du plein montant uniquement aux plus malades. À moins qu'il n'y ait une raison claire de *vouloir* « taxer les malades », une taxe universelle semble constituer un instrument plus efficace pour percevoir des recettes supplémentaires sans imposer un fardeau indu aux mieux nantis.

Les mêmes questions se posent, mais de façon plus aiguë, avec les frais de coassurance de 20 p. 100. Ce mécanisme exempte également les non-utilisateurs et impose un fardeau relativement léger à la majorité de la population qui utilise peu les services de santé. Mais le potentiel de recettes ne serait pas affaibli *si* la coassurance s'appliquait à tous les services utilisés. Le niveau de contribution augmenterait proportionnellement à l'utilisation, les plus gros utilisateurs compensant les montants non versés par les personnes utilisant peu ou pas ces services. Mais en réalité, cela ne se produira pas.

Les très gros utilisateurs sont non seulement concentrés de façon disproportionnée parmi les personnes âgées, les femmes et les personnes en mauvaise santé, mais ils ont une probabilité beaucoup plus grande d'être pauvres. Revenant à la figure 4, la population qui vit en permanence en établissement — environ 18 000 personnes sur une population d'un million d'habitants — ne touche pratiquement aucun revenu, mais on a estimé qu'elle représentait plus de 20 p. 100 des déboursés publics au titre des soins de santé en 1994[28]. En ajoutant les deux déciles inférieurs,

ce groupe représentait près de la moitié du total. Cependant, même pour ceux qui « en ont les moyens », les frais de coassurance représenteront un très lourd fardeau en raison du pourcentage restreint des personnes qui ont la malchance d'être très malades. De nombreux gros utilisateurs n'ont tout simplement pas les ressources nécessaires. Ces personnes seront incapables d'obtenir les soins qu'elles requièrent ou seront exemptées des frais de coassurance. D'une façon ou d'une autre, elles ne paieront rien. En exemptant uniquement le décile inférieur de la répartition des revenus et les personnes vivant en permanence en établissement, l'estimation des recettes potentielles chute d'environ 30 p. 100, pour passer de 9 milliards de dollars à 6,3 milliards de dollars.

Mais il subsistera un nombre considérable de gros et très gros utilisateurs dans le reste de la population, y compris des personnes se trouvant juste au-dessus du décile inférieur de la répartition des revenus. Les personnes qui « ont des moyens » pourraient chercher à se protéger en acquérant de l'assurance privée contre le risque de déboursés importants — ce qui, après tout, est la raison d'être de l'assurance. Mais les assureurs privés à but lucratif, qui évoluent sur un marché concurrentiel, ne peuvent se permettre de vendre une protection aux personnes à risque élevé. Ce qu'ils peuvent faire c'est de vendre des polices d'assurance pour des groupes d'employés — des personnes présélectionnées relativement en santé du fait qu'elles sont employées — et dont les membres ne peuvent se dissocier. Et même dans le cadre de ces contrats, les assureurs reçoivent une importante subvention publique. Les assureurs privés offriraient probablement d'étendre la protection aux importants frais de coassurance du régime d'assurance-santé pour cette population subventionnée jouissant d'une santé relativement bonne. Mais ils ne couvriront pas les personnes âgées et les malades chroniques, qui constituent la plus grande partie des gros utilisateurs.

On peut concevoir qu'une telle protection privée devienne obligatoire, mais cela nécessiterait d'autres subventions publiques et un effort de réglementation considérable pour empêcher les assureurs de se comporter conformément à leur incitation à réaliser des bénéfices — éviter les risques élevés ou simplement demander des prix suffisamment élevés pour les pousser hors du marché. En outre, il y aura toujours des frais généraux importants, pour les assureurs comme pour l'État, associés à l'exploitation d'un tel système. L'Australie offre peut-être le meilleur exemple des problèmes qui surgissent lorsqu'on tente de « nager à contre-courant » en utilisant un mécanisme de financement à des fins pour lesquelles il n'a jamais été conçu (Hurley, 2001).

La façon la plus simple d'atténuer l'impact d'une coassurance obligatoire serait de plafonner les dépenses pour lesquelles une coassurance doit être versée[29]. Si cette limite était fixée à, disons, le niveau moyen des dépenses du régime d'assurance-santé, soit environ 1 500 dollars, personne n'aurait à débourser directement plus de 300 dollars au cours d'une année. À ce niveau, cependant, la coassurance obligatoire commence à ressembler à une franchise. Les personnes qui engendrent de fortes dépenses versent 300 dollars, celles qui n'utilisent pas ces services (ou qui ont un faible revenu) ne paient rien, et la majorité de la population verse une contribution variant entre zéro et 300 dollars.

La différence est que la coassurance obligatoire, selon ces paramètres, n'engendre pas beaucoup plus de recettes que la franchise de 300 dollars, parce que moins du quart de la population atteindra le niveau « moyen » de dépenses et versera le plein montant de 300 dollars.

Afin de percevoir des recettes équivalentes, le plafond des dépenses devrait être manifestement plus élevé que 1 500 dollars, ce qui suppose un fardeau financier beaucoup plus lourd pour les gros utilisateurs. Le calcul est simple : pour un montant donné de recettes, la coassurance obligatoire assortie d'un plafond doit imposer un fardeau plus lourd aux personnes consommant le plus de soins et un fardeau correspondant plus léger à celles qui en font une consommation plus limitée — et, bien entendu, aucun fardeau à celles qui ne les utilisent pas. Encore une fois, la taxe universelle apparaît comme une solution plus attrayante.

Pourquoi préconise-t-on énergiquement des mécanismes alternatifs de financement privés s'il est possible de faire une redistribution régressive du revenu simplement en modifiant le régime fiscal? À vrai dire, les partisans d'une modification du régime de financement dans le sens d'un recours moins grand à la fiscalité et plus grand au financement privé n'insistent *pas* sur le transfert régressif de revenu des personnes en mauvaise santé et moins bien nanties vers les personnes en santé et (en particulier) mieux nanties, qui en serait l'effet premier et inévitable. Ils font plutôt valoir qu'en liant la responsabilité financière à la consommation des soins il en ressortira d'autres avantages, dont un système de soins de santé plus efficient et plus efficace. Certains prétendent même que ce système sera moins coûteux, bien que, comme nous l'avons indiqué précédemment, la plupart des intervenants semblent soutenir que le système de soins de santé au Canada a, au contraire, besoin de plus de ressources. Ainsi, doit-on déplorer, pour des motifs d'équité, le fait que les solutions de rechange axées sur le financement privé imposeront à (certains) utilisateurs des conséquences financières pour la consommation de soins, en imposant le fardeau le plus lourd aux plus gros utilisateurs, ou doit-on applaudir et appuyer de telles formules à cause de leurs prétendus effets bénéfiques? Quels pourraient être ces effets bénéfiques?

Les partisans de ces mesures ont tendance à parler, en termes généraux, de la « limitation de la demande » de soins et de l'incitation des patients à faire preuve de plus de discernement en identifiant les soins appropriés et ceux qui ne le sont pas. Un tel accent semble incompatible avec l'opinion voulant que le système canadien de soins de santé soit « sous-financé » et qu'il ait donc besoin de *plus* de ressources afin de pouvoir répondre aux besoins qui ne sont pas satisfaits à l'heure actuelle. Qu'en est-il en définitive : doit-on dépenser plus, ou moins? On ne peut faire les deux à la fois.

Un élément de conciliation possible est qu'il y a dans le système actuel un degré notable d'utilisation inappropriée, qui empêche de répondre à des besoins véritables; l'imposition de frais aux usagers — des frais modestes afin de ne pas limiter l'accès pour des besoins réels — dissuaderait de façon sélective la consommation inappropriée de soins. Des ressources supplémentaires seraient toujours requises, mais pas autant.

Cette vision a remarquablement résisté aux données démontrant de façon systématique que la dissuasion sélective est précisément ce que les frais d'utilisation *ne font pas*. Dans la mesure où ces frais influent sur le comportement des patients qui recherchent des soins, ils découragent la consommation de soins tant appropriés que non appropriés. Cela n'est pas non plus étonnant, si l'on songe au caractère invraisemblable de l'affirmation selon laquelle les patients obtiennent délibérément des soins — notamment des soins hospitaliers — qu'ils savent être inappropriés, simplement parce qu'ils sont gratuits. On observe des profils très étranges de demande de soins

dans les données canadiennes, mais ceux-ci sont principalement associés à des maladies mentales et/ou à de sérieux problèmes de toxicomanie et ne sont ni significatifs ni croissants.

Les principaux facteurs à l'origine de l'escalade des coûts ne découlent pas des décisions des personnes qui recherchent des soins, mais des thérapies offertes une fois le patient rendu dans le cabinet du médecin, des recommandations visant diverses méthodes de diagnostic et procédures thérapeutiques et des médicaments d'ordonnance — des éléments relevant de l'autorité des médecins. Si les soins inappropriés sont une source de préoccupation — et ils devraient l'être — alors on fait (peut-être délibérément) fausse route en cherchant du côté du comportement des patients.

Dans la mesure où une politique générale de frais d'utilisation pourrait constituer une solution politique moins litigieuse à un examen sérieux et à une modification des profils de soins, elle pourrait gêner les efforts visant à décourager la consommation inappropriée de soins. Cela est certainement survenu au Canada dans le cas des médicaments d'ordonnance. Et la raison ressort clairement à l'examen de la figure 3. Peu importe que les soins soient ou non appropriés, des gens sont payés pour les dispenser. Des mesures de dissuasion efficaces menacent donc les revenus de certains et suscitent une vive opposition. Des mesures inefficaces qui ne font que transférer les coûts plutôt que de les réduire n'engendrent pas une telle menace.

Quel est donc le rôle des frais d'utilisation? Encore une fois, les données sont très révélatrices. Ils découragent sélectivement l'accès parmi les personnes à faible revenu, ce qui facilite l'accès pour celles qui ont plus de moyens[30]. Certains partisans de ces mesures semblent confondre les deux, en supposant implicitement que les problèmes de santé des personnes mieux nanties sont plus sérieux, ou à tout le moins qu'ils méritent davantage l'attention[31]. Les frais d'utilisation leur facilitent la tâche.

Si cela est perçu comme un objectif approprié de la politique canadienne en matière de santé, le financement privé apparaîtra alors comme une nécessité. Simplement rendre le régime fiscal plus régressif ne réglera pas la question. Par ailleurs, le fait que les partisans de ces frais n'appuient pas leurs affirmations sur cet argument, mais plutôt sur la notion erronée qu'ils découragent sélectivement la consommation inappropriée de soins, laisse penser qu'ils craignent que leur objectif véritable n'ait pas suffisamment de poids dans le processus politique.

Dans la mesure où ils améliorent l'accès pour les personnes mieux en mesure de payer, grâce à des ressources personnelles ou à une assurance privée, les frais d'utilisation ne réduisent pas nécessairement l'utilisation globale des soins de santé. Leur effet sur les dépenses totales est encore plus douteux s'ils offrent aux prestateurs de soins la possibilité d'accroître leurs honoraires. De fait, il n'existe aucune preuve que les mécanismes de financement privé contribuent globalement à limiter les coûts — les États-Unis constituent un exemple patent du cas opposé. Des comparaisons entre pays révèlent une variation considérable dans le coût des différents régimes nationaux de soins de santé, ce qui traduit des choix différents sur le plan des politiques publiques. Le régime de financement semble être l'un des facteurs en cause, mais c'est le financement public, et non privé, qui facilite l'exercice d'un contrôle global sur les coûts.

Dans certaines circonstances, l'imposition de frais aux usagers peut servir soit à orienter les patients vers des soins plus appropriés soit à rationner l'accès à des services qui ne sont pas jugés nécessaires sur le plan thérapeutique (Evans et coll., 1994b). Ainsi, le système des prix de référence pour les médicaments en Colombie-Britannique (voir la note 21 ci-dessus) repose sur l'exercice d'un jugement clinique et pharmacologique spécialisé, fondé dans la documentation scientifique, pour le choix de médicaments qui sont équivalents sur le plan thérapeutique tout en ayant une composition chimique différente. Lorsque deux médicaments sont jugés équivalents, le programme public d'assurance-médicaments rembourse uniquement le prix du médicament le moins coûteux. Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, payer la différence pour acheter la version plus coûteuse, et certains le font. Le programme a connu un succès appréciable en réduisant les coûts des médicaments inscrits sur la liste des prix de référence, sans indication de préjudice causé aux patients. Le médicament plus coûteux n'est « pas médicalement nécessaire ».

Toutefois, il existe des risques évidents et le programme requiert non seulement un niveau élevé d'expertise mais aussi des modalités facilement accessibles pour exempter les patients qui soit ne peuvent tolérer la version à prix modique soit ne la considèrent pas efficace. Dans ces cas, le médicament plus coûteux *est* « médicalement nécessaire » et un organisme public qui refuserait d'en rembourser le coût ou qui ferait simplement obstacle à ceux qui veulent obtenir une exemption justifiée sur le plan thérapeutique ne remplirait pas ses obligations.

Le même argument a été accepté, depuis des années, comme critère d'accès aux chambres privées et semi-privées dans les hôpitaux. Des frais s'appliquent aux patients qui occupent une chambre privée ou semi-privée lorsque cela n'est pas jugé nécessaire à la lumière de la pathologie du patient. Les frais d'utilisation sont aussi employés depuis longtemps dans les établissements de soins de longue durée comme moyen de « récupérer » les pensions de l'État auprès des personnes à très faible revenu, pour la raison que l'hébergement et les repas sont fournis par l'établissement et ne devraient pas être subventionnés deux fois. Plus récemment, certaines provinces ont commencé à tenter de récupérer la totalité des coûts d'hébergement et de nourriture dans les établissements de soins de longue durée, mais elles ne peuvent dire précisément combien de patients ont les moyens d'assumer ces frais. Quoi qu'il en soit, de tels frais reposent sur la distinction entre l'entretien général et les soins « médicalement nécessaires »..

Mais la notion de ce qui est « médicalement nécessaire » peut nous amener sur une pente dangereuse. Il semble que cet argument ait été invoqué par des cliniques privées offrant des services d'imagerie par résonance magnétique (IRM) — peut-être à l'instigation de certains gouvernements provinciaux — en vue d'exploiter les files d'attente dans les établissements publics. On fait valoir que si des services d'IRM sont requis, ils ne sont pas requis immédiatement; par conséquent, les cliniques privées qui facturent les patients pour un accès plus rapide vendent en réalité un service qui n'est pas médicalement nécessaire. Cependant, il n'est pas évident que les patients sont conscients qu'ils paient pour un service « non nécessaire ». Il n'est certes pas dans l'intérêt du personnel de la clinique de les en informer. Un gouvernement provincial qui cherche des façons de se soustraire aux dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* pourrait simplement ne pas financer adéquatement les services d'IRM, économisant ainsi l'argent des contribuables aux dépens des patients.

Si le recours à des mesures financières pour inciter les patients à choisir la solution offrant le meilleur ratio coût-efficacité parmi des options équivalentes sur le plan thérapeutique présente un certain attrait, celui-ci repose sur l'hypothèse que les patients sont placés devant des choix véritables et qu'ils sont suffisamment informés pour les faire. Les incitations économiques à commercialiser des « services à valeur ajoutée » ne favorisent pas la diffusion d'une information neutre. Les gouvernements qui cherchent des façons de limiter les dépenses publiques (et qui ne sont pas vraiment convaincus de la validité des principes qui sous-tendent l'assurance-santé, ou qui y sont peut-être opposés) ont peu d'incitation à corriger ce déséquilibre. Le délestage des coûts sur les patients et l'expansion des occasions lucratives dans le secteur privé peuvent alors être présentés comme une politique destinée à encourager les patients à faire des choix thérapeutiques appropriés.

Alors, quelle réponse donner au chat de Cheshire?

Si notre objectif est simplement de réduire la mesure dans laquelle les gouvernements canadiens redistribuent le revenu des mieux nantis aux moins nantis — de ceux qui ont fait des gains à ceux qui n'en ont pas fait, pour reprendre l'expression si franche de Conrad Black (2000) — il n'y a alors aucune bonne raison de modifier la structure financière au détriment de la qualité. Abaisser l'impôt sur le revenu et adopter ou hausser des taxes universelles permettra de le faire plus simplement, à un coût administratif moindre, et en déplaçant plus de ressources que ne le feraient des frais d'utilisation parce qu'une telle mesure n'exemptera pas (pleinement ou partiellement) un pourcentage aussi élevé de la population. Le caractère régressif d'un tel changement de formule est considérable : des milliers de dollars seraient transférés annuellement aux personnes à revenu élevé (dans le cas des très riches, des dizaines de milliers de dollars) aux dépens de celles qui se trouvent dans les tranches de revenu intermédiaires et inférieures (Evans, 2002c). En outre, cela ne pourrait être interprété comme une infraction à la *Loi canadienne sur la santé* aussi longtemps que les personnes en défaut ne se voient pas refuser explicitement des soins. (S'il y a un effet de dissuasion parce que ces personnes croient à tort qu'elles ne sont pas protégées, cela n'est alors pas la faute du gouvernement provincial. Ces personnes devraient consulter la loi.)

Mais si la réforme vise aussi à améliorer l'accès aux soins pour les mieux nantis, alors une forme quelconque de paiement privé est essentielle. Des frais de coassurance simples pourraient constituer la meilleure option, même si une franchise permettait de lever plus de fonds, parce que cette mesure imposerait un fardeau moins lourd aux plus gros utilisateurs et offrirait le meilleur potentiel pour libérer des ressources en décourageant la consommation de soins parmi ce groupe. Par ailleurs, si l'on accepte l'argument que ces personnes, dont la plupart sont de grands malades, n'ont guère de choix en matière d'utilisation des soins et que leur refuser des soins dont elles ne peuvent assumer le coût est politiquement inacceptable, alors il faudrait regarder du côté d'une franchise comme moyen de décourager la consommation inutile de soins par les personnes à faible revenu qui ne sont pas très malades — des utilisateurs relativement faibles — afin d'améliorer l'accès pour les « mieux nantis ».

Cependant, il sera toujours difficile d'éviter que ces politiques soient interprétées comme une violation des dispositions de la *Loi canadienne sur la santé* en matière d'accès. Après tout, c'est ce qu'elles visent à faire. Si les diverses formules hybrides de financement n'ont qu'une faible

justification économique, elles pourraient tout de même servir à rendre de tels manquements à la loi moins visibles. (Bien sûr, la subvention publique à l'assurance privée sert aussi à rendre le régime fiscal plus régressif, favorisant encore plus l'objectif si clairement énoncé par Lord Black.) Ce manque de transparence pourrait être avantageux comme base de contestation juridique aussi bien que politique, si le gouvernement fédéral décidait de faire respecter la *Loi* par une province ayant adopté une telle politique.

Si, par ailleurs, on adopte comme objectif la réforme du système de prestation des soins de santé, la tâche exigeante (et politiquement délicate) d'améliorer l'efficacité de la prestation des soins et l'efficience avec laquelle ces soins sont produits, alors une expansion du rôle joué par les sources de financement privées ne présenterait aucun intérêt. On doit s'efforcer de changer l'information disponible et les stimulants qui agissent sur les prestateurs de soins — la structure de financement et non la composition des sources de financement (le coin supérieur droit de la figure 3, plutôt que le coin supérieur gauche). C'est là un sujet très vaste et une tâche redoutable, qui met au défi chaque nation du monde développé; une privatisation accrue de la structure de financement ne facilitera pas la tâche; au contraire, elle pourrait la rendre encore plus difficile[32].

Par contre, si un transfert de revenu des moins nantis aux mieux nantis ou l'amélioration de l'accès de ces derniers aux dépens des moins nantis sont considérés comme une priorité importante de la politique publique canadienne, et si les améliorations possibles du ratio coût-efficacité du système de soins de santé (pour lesquelles il existe des preuves considérables) sont jugées politiquement irréalisables ou insuffisantes pour satisfaire aux besoins actuels ou émergents, la conséquence qui en découle clairement est que des ressources financières additionnelles devrait provenir des recettes fiscales. Cela pourrait nécessiter un relèvement des taux d'imposition; une telle éventualité dépendrait de la situation budgétaire en général.

Mais la situation budgétaire du gouvernement fédéral et des provinces s'est améliorée considérablement ces cinq dernières années[33]. Ceux qui prétendent que les programmes publics d'assurance-santé absorbent une part croissante et non soutenable du revenu national et/ou des recettes publiques ont tout simplement négligé de vérifier les données budgétaires. Il n'y a pas non plus de fondement à l'argument selon lequel le Canada a atteint un seuil-limite quelconque, pour des raisons politiques ou économiques, au montant de ressources publiques pouvant être consacré aux soins de santé. Le motif réel qui anime les propositions favorables à un plus grand rôle des sources de financement privées est très simple : Plus le financement privé joue un grand rôle, plus les personnes à revenu élevé peuvent avoir l'assurance d'obtenir des soins de haut calibre sans devoir verser des impôts pour aider à maintenir une norme de soins équivalente pour tous les autres (Roos et Frohlich, 2002).

Notes

1. Dans la présente étude, les mentions relatives aux données de l'OCDE font référence à OCDE, 2001.

2. L'impression généralisée selon laquelle les dépenses de santé aux États-Unis sont principalement financées par des sources privées est en réalité inexacte, pour les raisons énoncées ci-dessous (Fox et Fronstin, 2000; Woolhandler et Himmelstein, 2002).

3. En théorie, on peut affirmer que certains changements engendrent suffisamment d'avantages pour certains bénéficiaires qu'ils peuvent plus que compenser les pertes subies par d'autres. Mais à moins qu'un dédommagement ne soit réellement versé — ce qui n'est jamais le cas dans les propositions concrètes — une telle éventualité n'a aucune pertinence. L'argument selon lequel un changement de politique qui satisfait à ce critère représente un avantage social général *même si aucun dédommagement n'est versé*, est logiquement mal fondé et tout simplement trompeur, comme l'a démontré Reinhardt (1992).

4. L'arithmétique qui sous-tend ces identités et leur désagrégation au niveau des transactions individuelles sont examinées dans Evans et coll. (1994a), de même que les imputations, tirées de la comptabilité du revenu national, nécessaires pour assurer l'identité.

5. Les dimensions du « modèle privé » sont examinées plus en détail dans Evans et coll. (2000).

6. Elles ont mené à des accusations pour fraude criminelle contre certaines sociétés de prestation de soins de santé à but lucratif parmi les plus importantes aux États-Unis (Evans et coll., 2000).

7. On aurait réclamé jusqu'à 750 dollars à certains patients; dans d'autres hôpitaux de l'Alberta, les implants souples faisaient partie de la procédure de traitement standard des cataractes remboursée par le régime public. Achetés en grande quantité, ces implants peuvent coûter aussi peu que 25 dollars.

8. Cependant, le gouvernement du Québec a supprimé cette subvention dans le régime d'impôt sur le revenu provincial en 1993 et il impose les primes versées par l'employeur comme s'il s'agissait d'un revenu personnel (Smythe, 2001).

9. Cependant, le gouvernement du Québec a supprimé cette subvention dans son régime d'impôt sur le revenu en 1993.

10. L'ICIS (1999, p. 14) fait état de dépenses de 8,5 milliards de dollars pour les régimes privés d'assurance au Canada en 1997; si l'on suppose que ce montant a augmenté au même taux que les dépenses totales de santé depuis 1994, le chiffre pour cette année-là aurait été de 7,9 milliards de dollars.

11. Cet avantage est partiellement compensé par la déduction au titre des frais médicaux payés directement, mais comme nous l'indiquons ci-dessous, cette dernière a une valeur beaucoup plus limitée.

12. Les économistes s'entendent généralement pour dire que cette subvention constitue une politique peu avisée, bien que les raisons qu'ils invoquent soient radicalement différentes. Certains, comme Martin Feldstein, pensent qu'elle encourage la sur-assurance, entraînant une consommation abusive des soins de santé, bien que celui-ci et de nombreux autres économistes emploient une définition de la « sur-consommation » qui n'a aucun rapport avec le sens habituellement donné à cette expression et qui

serait probablement rejetée par la plupart des gens (voir ci-après). D'autres, y compris l'auteur de ces lignes, estiment qu'en l'absence de subvention, la protection offerte par les régimes privés diminuerait suffisamment pour susciter des pressions publiques accrues en vue d'une expansion de la protection offerte par le régime public — pour les médicaments au Canada et les soins de santé en général aux États-Unis. D'autres encore peuvent simplement juger injuste la répartition des avantages découlant de la subvention.

13. Une personne qui souhaite acheter de l'assurance-santé peut savoir qu'elle présente un risque plus élevé que la moyenne de soumettre une réclamation; en revanche, les assureurs ne peuvent facilement établir l'état de santé d'une personne.

14. Le ministère fédéral des Finances (2000, tableau 1) estime que la valeur de la part fédérale de la subvention accordée au secteur de l'assurance privée est environ cinq fois plus élevée que la déduction au titre des frais médicaux.

15. En Australie, le gouvernement fédéral a, pendant de nombreuses années, utilisé son pouvoir de réglementation ainsi que des stimulants financiers pour que le marché de l'assurance privée continue de jouer un rôle important parallèlement au système public. L'objet manifeste de ces efforts était de transférer les coûts des budgets publics aux budgets privés; de fait, il semble que les frais engagés par l'État pour tenter de maintenir les deux systèmes aient largement dépassé toute économie espérée. Le gouvernement australien assume en réalité de lourds coûts additionnels pour faire valoir ses préférences idéologiques (Hurley, 2001).

16. À l'instar d'un impôt régressif, un régime de financement régressif absorbe une proportion plus grande (en moyenne) des revenus des gens à faible revenu — mais non nécessairement un montant plus élevé. Un régime progressif absorbe une part plus élevée du revenu des personnes à revenu élevé, tandis qu'un régime proportionnel prélève, en moyenne, une part à peu près égale à tous les niveaux de revenu.

17. Ce chiffre est bien inférieur au montant de 1 500 dollars utilisé précédemment pour illustrer l'effet régressif de l'imposition des dépenses en soins de santé. Une partie de la différence est représentée par l'augmentation survenue de 1997-1999 à 2001, mais la plus grande partie traduit le fait qu'une part significative des coûts des services hospitaliers ne peut être imputée aux particuliers. Cela constitue une contrainte à la portée de tout régime basé sur des frais d'utilisation, à moins de procéder à une répartition arbitraire aux fins de la facturation.

18. Ces calculs appliquent les variations relatives des profils d'utilisation observés par Forget et coll. (2000) au niveau moyen des dépenses rapporté par l'ICIS (2001). Si on ne pouvait identifier ou attribuer le plein montant des dépenses des provinces en soins médicaux et hospitaliers aux particuliers, la hausse des obligations fiscales devrait être réduite en conséquence, comme d'ailleurs le potentiel de recettes. Mais les effets proportionnels sur des personnes se trouvant dans des situations différentes demeureraient les mêmes. En outre, ces calculs supposent que la répartition de l'utilisation est la même dans chaque catégorie de revenu; de fait, les gros utilisateurs sont sur-représentés dans les tranches de revenu inférieures. Ainsi, nos calculs sous-estiment jusqu'à un certain point l'obligation supplémentaire imposée à la personne « moyenne » dans les tranches de revenu inférieures et ils surestiment les obligations des personnes se trouvant dans les tranches supérieures de l'échelle des revenus.

19. C'est à David Hume que revient le crédit d'avoir relevé l'erreur de logique consistant à penser que l'on peut dériver des propositions normatives telles que « Que faut-il faire? » à partir de propositions

positives telles que « Si A est démontré, alors B en découle ». L'erreur est commise avec une fréquence déconcertante par des économistes qui présentent des recommandations de politique fondées – à leur avis – sur une analyse économique libre de tout jugement de valeur.

20. Cet historique budgétaire est décrit plus en détail dans Evans (2002c).

21. Le programme d'assurance-médicaments en Colombie-Britannique a réussi dans une certaine mesure à limiter les dépenses consacrées aux médicaments d'ordonnance grâce à un système de prix de référence (Schneeweiss et coll., 2002; Marshall et coll., 2002). Mais on n'a pas poursuivi dans cette voie de façon énergique. Un système national soutenu par le gouvernement fédéral et les provinces pourrait freiner sensiblement l'escalade des coûts des médicaments; mais, du même coup, il limiterait l'augmentation des ventes et des bénéfices de l'industrie.

22. L'effet net dépend du comportement de la grande majorité des gens dont les comptes excéderaient leurs déboursés réels. Ces personnes utiliseraient-elles les montants excédentaires pour payer des biens et services liés à la santé qu'elles achetaient directement auparavant, ou augmenteraient-elles leurs dépenses globales pour ces biens et services — achetant davantage de services auparavant remboursés par l'État et/ou payant des prix plus élevés pour ces services? Dans le premier cas, les dépenses publiques augmenteraient, mais non les dépenses totales; dans le second cas, les dépenses totales augmenteraient également. Si, comme il semble probable, l'augmentation des dépenses publiques dépasse les recettes supplémentaires provenant des frais d'utilisation versés par les personnes qui excèdent le montant alloué, alors les sommes devant provenir du mécanisme de financement fiscal augmenteront parallèlement. Plutôt que de déplacer le fardeau des contribuables aux consommateurs de soins, le modèle du compte d'épargne médicale accroîtra vraisemblablement le fardeau des uns et des autres.

23. Voir, par exemple, la critique de Roos et Frohlich (2002) d'un ouvrage publié par l'un des principaux partisans des comptes d'épargne médicale.

24. Un ajustement pour tenir compte de la subvention sous forme de dépense fiscale accordée à l'assurance privée réduirait toutefois la part imputable aux sources privées au Canada d'environ trois points de pourcentage, ce qui nous ramènerait vers le milieu du peloton.

25. L'interprétation que l'on donne communément à l'expression anglaise « begging the question » pour désigner une observation ou un argument qui évoque fortement une question supplémentaire est inexacte.

26. Les particuliers seraient responsables soit d'une tranche de 20 p. 100 de toutes les dépenses facturées (honoraires de médecins) ou que l'on estime avoir engagées (en soins hospitaliers) pour leur compte, ou pour l'ensemble de ces dépenses jusqu'à un plafond annuel de 300 dollars.

27. Il y a une autre raison : la part des coûts qui ne peut être attribuée aux particuliers. Dans ce qui suit, nous continuons d'utiliser l'estimation de l'ICIS pour 2001, soit environ 1 500 dollars de dépenses par personne en soins médicaux et hospitaliers. Mais, comme nous l'avons noté précédemment, Forget et coll. n'ont pu imputer qu'environ 62 p. 100 des montants estimatifs de l'ICIS pour le Manitoba au cours des années visées par leur étude. Si près de 40 p. 100 des coûts ne peuvent être attribués aux particuliers, la possibilité de percevoir des recettes par les modes de financement privé s'en trouve sensiblement réduite.

28. Ce groupe est trop restreint pour avoir quelque importance dans l'optique du potentiel de recettes d'une franchise, qui est proportionnelle au nombre de personnes. Mais il a beaucoup plus d'importance lorsque les cotisations sont liées au niveau des dépenses.

29. Cette limite pourrait être fondée sur le revenu individuel tout comme d'ailleurs le niveau de la franchise; cela atténuerait un peu la régressivité de cette forme de financement. Mais il se pose alors un autre problème : le degré d'inégalité du revenu est tel que si le plafond était directement proportionnel au revenu, la plupart des personnes touchant les revenus les plus élevés seraient, de fait, non assurées par le système public, ce qui engendrerait manifestement des pressions en vue de l'établissement d'un système à deux volets tant pour l'assurance que pour la prestation. Par ailleurs, si le plafond variait sur un intervalle plus limité que celui des revenus, le système de financement demeurerait alors régressif.

30. Il y a deux sources principales de données. De nombreux documents de la RAND Health Insurance Study, réalisée dans les années 80, sont mentionnés dans Barer et coll. (1998), mais leurs conclusions s'annonçaient déjà dans les documents de l'étude de Montréal, réalisée au début des années 70 et mentionnée ci-dessus (Enterline et coll., 1873a, b; McDonald et coll., 1974; Siemiatycki et coll., 1980).

31. La confusion est sérieuse parce que la plupart des défenseurs des frais d'utilisation qui invoquent la théorie économique ont précisément adopté cette vision normative — qu'une « répartition efficiente » des ressources consacrées aux soins de santé signifie que l'on doit dispenser des soins aux personnes qui sont capables d'en assumer le coût et qui sont disposées à le faire — et uniquement à elles. (Même si ce jugement de valeur n'est pas largement répandu, du moins ouvertement, il pourrait avoir plus d'adeptes que ceux qui sont disposés à l'avouer ou, même, qui en sont clairement conscients.) Une controverse latente subsiste dans la documentation économique sur la mesure dans laquelle les frais imposés aux usagers contribuent à freiner les dépenses globales. Il semble qu'ils n'aient que peu ou pas d'effet sur la consommation de soins hospitaliers, mais ils influeraient sur les décisions des gens dans le sens prévu, en décourageant l'utilisation de ces services. La controverse porte sur la question de savoir si ces effets au niveau individuel peuvent être additionnés pour donner un effet agrégé. S'ils dissuadent certains de réclamer des soins nécessaires, on pourrait éventuellement observer des préjudices à la santé et des coûts plus élevés. Il y a certains indices de tels préjudices dans le cas des frais d'utilisation exigés pour les médicaments, mais les coûts financiers nets ne ressortent pas clairement. Plus important (de l'avis de l'auteur) est le fait que l'utilisation des services tant hospitaliers que médicaux est largement déterminée par les jugements que portent les médecins sous la contrainte de la disponibilité des services. Ce qu'un patient ne consomme pas, un autre en profitera.

32. L'expérience américaine montre que le fait de réserver une plus grande part au financement de sources privées favorise une souplesse accrue et facilite le changement au sein du système de prestation mais, malheureusement, sans amélioration concomitante (Oberlander, 2002).

33. Certes, les perspectives économiques au milieu de 2002 semblent nettement préoccupantes. Mais les nouvelles sont mauvaises tant pour le secteur public que pour le secteur privé. Une récession sévère qui réduirait les ressources publiques ne rendra pas les soins de santé plus abordables par des mécanismes privés

Bibliographie

Armstrong, W. *The Consumer Experience with Cataract Surgery and Private Clinics in Alberta*, Consumer's Association of Calgary, Section de l'Alberta, janvier 2000.

Barer, M. L., et R. G. Evans. « Interpreting Canada: Models, Mind-Sets and Myths », *Health Affairs*, vol. 11, n° 1 (printemps 1992), p. 44-61.

Barer, M. L., R. G. Evans et C. Hertzman. « Avalanche or Glacier? Health Care and the Demographic Rhetoric », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 14, n° 2 (été 1995), p. 193-225.

Barer, M. L., R. G. Evans, C. Hertzman et M. Johri. *Lies, Damned Lies, and Health Care Zombies: Discredited Ideas That Will Not Die*, 1998. HPI Discussion Paper no.10, University of Texas-Houston Health Policy Institute, Houston, Texas. Disponible sur le site www.chspr.ubc.ca.

Black, C. « The Most Boring Election in History », *The National Post*, 1er décembre 2000.

Canada, ministère des Finances. *Dépenses fiscales du gouvernement du Canada, 2000*, Ottawa, ministère des Finances, 2000.

Canada, ministère des Finances. *Tableaux de référence financiers, septembre 2001*, Ottawa, ministère des Finances, 2002. Disponible sur le site www.fin.gc.ca/toce/2002/frt_f.html.

Conseil économique de l'Ontario. *Issues and Alternatives - 1976 Health*, Toronto, Conseil économique de l'Ontario (CEO), 1976.

Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. *Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés : Rapport annuel 2001*, Ottawa, Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), 2002.

Culyer, A. J., et R. G. Evans. « Normative Rabbits from Positive Hats: Mark Pauly on Welfare Economics », *Journal of Health Economics*, vol. 15, n° 2 (1996), p. 243-251.

Deber, R. B. « Medical Savings Accounts: A Fine Idea Unless You're Sick », *Health Policy Forum*, vol. 2, n° 1 (1999), p. 4-5.

Devereaux, P. J., P. T. L. Choi, C. Lacchetti, B. Weaver, H. J. Schünemann, T. Haines, J. N. Lavis, B. J. B. Grant, D. R. S. Haslam, M. Bhandari, T. Sullivan, D. J. Cook, S. D. Walter, M. Meade, H. Khan, N. Bhatnagar et G. H. Guyatt. « A Systematic Review and Meta-analysis of Studies Comparing Mortality Rates of Private For-profit and Private Not-for-profit Hospitals », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 166, n° 11 (2002), p. 1399-1406.

Enterline. P. E. et coll. « Effects of Free Medical Care on Medical Practice — The Quebec Experience », *New England Journal of Medicine*, vol. 288 (1973a), p. 1152-1155.

Enterline. P. E. et coll. « The Distribution of Medical Services Before and After 'Free' Medical Care — The Quebec Experience », *New England Journal of Medicine*, vol. 289 (1973b), p. 1174-1178.

Evans, R. G., M. L. Barer et G. L. Stoddart. *Charging Peter to Pay Paul: Accounting for the Financial Effects of User Charges*, Toronto, Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale, juin 1994a. Disponible sur le site www.chspr.ubc.ca.

Evans, R. G., M. L. Barer, G. L. Stoddart et V. Bhatia. *It's Not the Money, It's the Principle: Why User Charges for Some Services and Not Others?*, Toronto, Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale, juin 1994b. Disponible sur le site www.chspr.ubc.ca.

Evans R. G., M. L. Barer, S. Lewis, M. Rachlis et G. L. Stoddart. « Private Highway, One-Way Street: The De-Klein and Fall of Canadian Medicare? », Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, 2000. HPRU no. 2000-3. Disponible sur le site www.chspr.ubc.ca.

Evans, R. G. « Financing Health Care: Taxation and the Alternatives », Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, 2000. HPRU Discussion Paper no. 2000-15D. Disponible sur le site www.chspr.ubc.ca.

Evans, R. G., K. McGrail, S. Morgan, M. L. Barer et C. Hertzman. « Apocalypse No: Population Aging and the Future of the Health Care System », *Revue canadienne du vieillissement*, vol. 20, suppl. 1 (été 2001), p. 160-191. Disponible sur le site www.chspr.ubc.ca.

Evans, R. G. « Financing Health Care: Taxation and the Alternatives », dans *Financing Health Care: Options for Europe*, publié sous la direction de E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras et J. Kutzin, Buckingham, Open University Press, 2002a, p. 39-58 (version éditée de Evans, 2000). Disponible sur le site http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf.

Evans, R. G. « Getting to the Roots: Health Care Financing and the Inegalitarian Agenda in Canada ». Présentation au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, Ottawa, 3 juin 2002b. HPRU Discussion Paper no. 2002-7D. Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver. Disponible sur le site www.chspr.ubc.ca.

Evans, R. G.. « Financing the Canadian Health Care System: Experience, Challenges, Options and Traps ». Document produit pour la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Commission Romanow), juillet 2002c.

Feldstein, M. S. « A New Approach to National Health Insurance », *The Public Interest*, (printemps 1971), p. 93-105.

Finkelstein, M. M. « Do Factors Other Than Need Determine Utilization of Physicians' Services in Ontario? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 165, n° 5 (2001), p. 565-570.

Forget, E. L., R. Deber et L. L. Roos. « Medical Savings Accounts: Will They Reduce Costs? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 167, n° 2 (23 juillet 2002), p. 143-147.

Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier, volume 1*, Rapport final du Forum national sur la santé, Ottawa, 1997.

Fox, D. M., et P. Fronstin. « Public Spending for Health Care Approaches 60 Percent », (Letter), *Health Affairs*, vol. 19, n° 2 (mars-avril 2000), p. 271-274.

Fuller, S., et L. Stephens. *Cost Shift: How British Columbians are Paying for Their Tax Cut*, Centre canadien de politiques alternatives, Vancouver, 2002.

Gordon, M., J. Mintz et D. Chen. « Funding Canada's Health Care System: A Tax-based Alternative to Privatization », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 159 (1998), p. 493-496.

Himmelstein, D. U., et S. Woolhandler. « Cost Without Benefit: Administrative Waste in U.S. Health Care », *New England Journal of Medicine*, vol. 314 (1986) : 441-445.

Himmelstein, D. U., J. Lewontin et S. Woolhandler. « Who Administers Who Cares? Medical Administrative and Clinical Employment in the United States and Canada », *American Journal of Public Health*, vol. 86, n° 2 (1996), p. 172-178.

Hurley, J. « Medical Savings Accounts: Approach with Caution », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 5, n° 2 (2000), p. 30-32.

Hurley, J.. « Parallel Private Health Insurance in Australia: A Cautionary Tale and Lessons for Canada », Centre for Health Economics and Policy Analysis, Université McMaster, Hamilton, 2001. Document de travail n° 01-12. Disponible sur le site www.chepa.org.

Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé : 1975-1999*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), décembre 1999.

Institut canadien d'information sur la santé. *Tendances des dépenses nationales de santé : 1975-2001*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, décembre 2001.

Katz, S. J., R. C. Kessler, R. G. Frank, P. Leaf et E. Lin. « Mental Health Care Use, Morbidity, and Socioeconomic Status in the United States and Ontario », *Inquiry*, vol. 34, n° 1 (1997), p. 38-49.

Katz, S. J., K. Cardiff, M. Pascali, M. L. Barer et R. G. Evans. « Phantoms in the Snow: Canadians' Use of Health Care Services in the United States », *Health Affairs*, vol. 21, n° 3 (mai-juin 2002), p. 19-31.

Kozyrskyj, A., C. Mustard, M. Cheang et F. Simons. « Income-based Drug Benefit Policy: Impact on Receipt of Inhaled Corticosteroid Drugs by Manitoba Children with Asthma », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 165: n° 7 (2001), p. 1-7.

Levit, K. R., C. Smith, C. Cowan, H. Lazenby et A. Martin. « Inflation Spurs Health Spending », *Health Affairs*, vol. 21, n° 1 (janvier-février 2002), p. 172-187.

Lewis, S. J. « Still Here, Still Flawed, Still Wrong: The Case Against the Case for Taxing the Sick », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 159 (1998), p. 497-499.

Marshall, J. K., P. V. Grootendorst, B. J. O'Brien, L. R. Dolovich, A. M. Holbrook et A. R. Levy. « Impact of Reference-based Pricing for Histamine-2 Receptor Antagonists and Restricted Access for Proton Pump Inhibitors in British Columbia », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 166, n° 13 (25 juin 2002), p. 1655-1662.

McDonald, A. D., J. C. McDonald, V. Salter et P. E. Enterline. « Effects of Quebec Medicare on Physician Consultation for Selected Symptoms », *New England Journal of Medicine*, vol. 291, n° 13 (1994), p. 649-652.

Morgan, S. « Quebec's Drug Insurance Plan: A Prescription For Canada? », Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, 1998. HPRU Discussion Paper no. 1998-2D. Disponible sur le site www.chspr.ubc.ca.

Mustard, C. A., M. Shanahan, S. Derksen et coll. « Use of Insured Health Care Services in Relation to Income in a Canadian Province », dans *Health, Health Care and Health Economics: Perspectives on Distribution*, publié sous la direction de M. L. Barer, T. E. Getzen et G. L. Stoddart, Chichester, John Wiley, 1998a, p. 157-178.

Mustard, C. A., M. L. Barer, R. G. Evans, J. Horne, T. Mayer et S. Derksen. « Paying Taxes and Using Health Care Services: The Distributional Consequences of Tax Financed Universal Health Insurance in a Canadian Province ». Étude présentée à la Conférence sur le niveau de vie et la qualité de vie au Canada, Centre d'étude des niveaux de vie, Ottawa, 20-31 octobre 1998b. Disponible sur le site http://www.csls.ca/oct/must1.pdf.

Oberlander, J. « The U.S. Health Care System: On a Road to Nowhere? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 167, n° 2 (2002), p. 163-168.

OCDE. *Éco-santé, OCDE 2001*, Paris, Organisation de coopération et de développement économiques, 2001 (sur CD-ROM).

Pauly, M.V., P. Danzon, P. Feldstein et J. Hoff. « A Plan for 'Responsible National Health Insurance' », *Health Affairs*, vol. 10, n° 1 (printemps 1991), p. 5-25.

Rasell, Edith, Jared Bernstein et Kainan Tang. « The Impact of Health Care Financing on Family Budgets », Economic Policy Institute Briefing Paper, Washington (D.C.), avril 1993.

Rasell, Edith, Jared Bernstein et Kainan Tang.. « The Impact of Health Care Financing on Family Budgets », *International Journal of Health Services*, vol. 24, n° 4 (1994), p. 691-714.

Reid, R., R. G. Evans, M. L. Barer, S. Sheps, K. Kerluke, K. McGrail, C. Hertzman et N. Pagliaccia. « Conspicuous Consumption: Characterizing High Users of Physicians' Services in One Canadian Province », (ébauche), Centre for Health Services and Policy Research, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver, 2002.

Reinhardt, U. E. « Reflections on the Meaning of Efficiency: Can Efficiency Be Separated from Equity? », *Yale Law & Policy Review*, vol. 10, n° 2 (1992), p. 302-315.

Robinson, R. « User Charges for Health Care », dans *Financing Health Care: Options for Europe*, publié sous la direction de E. Mossialos, A. Dixon, J. Figueras et J. Kutzin, Buckingham, Open University Press, 2002, p. 161-183. Disponible sur le site http://www.euro.who.int/document/e74485.pdf.

Roos, N. P., et N. Frohlich. Revue de *Better Medicine: Reforming Canadian Health Care*, ouvrage publié sous la direction de D. Gratzer, Toronto, ECW Press, 2002, parue dans le *Winnipeg Free Press*, 23 juin 2002, p. D2.

Schaafsma, J. « Medical Savings Accounts Costly to Government », Département d'économique, Université de Victoria, Victoria (C.-B.), 2002.

Schneeweiss, S., A. M. Walker, R. J. Glynn, M. Maclure, C. Dormuth et S. B. Soumerai. « Outcomes of Reference Pricing for Angiotensin-Converting-Enzyme Inhibitors », *New England Journal of Medicine*, vol. 346, n° 11 (14 mars 2002, p. 822-829.

Shiels, J., et P. Hogan. « Cost of Tax-exempt Health Benefits in 1998 », *Health Affairs*, vol. 18, n° 2 (mars-avril 1999), p. 176-181.

Siemiatycki, J., L. Richardson et I. B. Pless. « Equality in Medical Care under National Health Insurance in Montreal », *New England Journal of Medicine*, vol. 303, n° 1 (1980), p. 10-15.

Smythe, J. G. « Tax Subsidization of Employer-Provided Health Care Insurance in Canada: Incidence Analysis », Département d'économique, Université de l'Alberta, Edmonton, Document de discussion, 19 août 2001.

Tamblyn, R., R. Laprise, J. A. Hanley, M. Abrahamowicz, S. Scott, N. Mayo, J. Hurley, R. Grad, E. Latimer, R. Perreault, P. McLeod, A. Huang, P. Larochelle et L. Mallet. « Adverse Events Associated With Prescription Drug Cost-Sharing Among Poor and Elderly Persons », *Journal of the American Medical Association*, vol. 285, n° 4 (2001), p. 421-429.

van Doorslaer, E., A. Wagstaff et F. Rutten (éd). *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*, New York, Oxford University Press, 1993.

van Doorslaer, E., A. Wagstaff, H. van der Burg et coll. « The Redistributive Effect of Health Care: Some Further International Comparisons », *Journal of Health Economics*, vol. 18, n° 3 (1999), p. 263-290.

Wagstaff, A., E. van Doorslaer, H. van der Burg et coll. « Equity in the Finance of Health Care in Twelve OECD Countries », *Journal of Health Economics*, vol. 18, n° 3 (1999), p. 291-314.

Woolhandler, S., et D. U. Himmelstein. « The Deteriorating Administrative Efficiency of the U.S. Health Care System », *New England Journal of Medicine*, vol. 324, n° 18 (1991), p. 1253-12588.

Woolhandler, S., D. U. Himmelstein et J. P. Lewontin. « Administrative Costs in U.S. Hospitals », *New England Journal of Medicine*, vol. 329, n° 6 (5 août 1993), p. 400-404.

Woolhandler, S., et D. U. Himmelstein. « Costs of Care and Administration at For-profit and Other Hospitals in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 336, n° 11 (13 mars 1997), p. 769-774.

Woolhandler, S., et D. U. Himmelstein. « Paying for National Health Insurance – and Not Getting It », *Health Affairs*, vol. 21, n° 4 (juillet-août 2002), p. 88-98.